Rok XXXVIII. Kraków, 2 Grudnia 1899. Nr. 48.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 2 Grudnia 1899. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi epikrytyczne i rozpoznawcze nad przypadkiem utworowej wady sercowej.

Podał

Prof. Dr. A. Gluziński.

(Według demonstracyi na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. w d. 13 października b. r.).

Wrodzone rozwojowe wady sercowe nie należą do rzadkości. Ich opis anatomiczny, sposób powstawania, klasyfikacya, — dzięki pracom Rokitanskyego, Kussmaula, Paula, Heinego, Ballantyna, Vierordta etc., dość jasno się nam przedstawiają. Mniej utrwalona ich część kliniczna i dlatego sądzę, że każdy przyczynek w tym kierunku, usprawiedliwia ogłoszenie spostrzeganego przypadku. Przypadek nasz był następujący:

Franciszek F., lat 29, szewc, — przyjęty do kliniki dnia 13-go czerwca b. r.

Pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie przebywał odrę i koklusz. Od 10 roku życia zauważył bicie serca, zwłaszcza przy silniejszem zmęczeniu fizycznem, wtedy również miała występować duszność i sinica. W roku 1894 rozpoczął służbę wojskową i pierwszego zaraz dnia po zmęczeniu dostał napadu kołatania serca i duszności, poczem miał „zesinieć"; to stało się powodem uwolnienia jego z wojska. Wrócił do zajęcia zwykłego. Często się odtąd „zaziębiał", kaszlał, kłóło go często w klatce piersiowej, wykrztuszał obficie, w następnych latach przyłączyły się dreszcze, gorączka, osłabienie i to skłoniło go do zgłoszenia się do kliniki.

Badanie (w skróceniu podane) wykazywało stan następujący: Budowa wątła, odżywienie podupadłe. Palce u rąk pałeczkowato zgrubiałe. Małżowiny uszne, policzki, nos, wargi i język, również kończyny górne (po łokcie) i dolne (po kolana) — sino zabarwione. W narządzie oddechowym objawy fizykalne odpowiadają już dość rozległym zmianom gruźliczym. W plwocinie prątki Kocha. Liczba oddechów 20—28.

Narząd krążenia. Żyły szyjne nierozszerzone. Tętnice obwodowe, zwłaszcza dogłowowe (*carotides*), podobojczykowe (*subclaviae*), ramieniowe (*brachiales*), sprychowe (*radiales*), stopowe (*dorsalis pedis*) — bardzo wyraźnie tętnią. Tętno miernie napięte, miarowe, 100. Uderzenie koniuszkowe serca w V przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowej, słabo macalne. W dolnej części mostka wyczuwa ręka słaby skurczowy „koci mruk". Stłumienie serca (bezwzględne) sięga na lewo do linii sutkowej lewej, na prawo do linii środkowej ciała, od góry i dołu granice prawidłowe. Ze stłumieniem tem, od serca pochodzącem, schodzi się mały pasek stłumienia na lewym brzegu mostka. Nad końcem serca I-szy szmer II-gi ton; idąc ku dolnej części mostka wzdłuż IV żebra szmer ten skurczowy o charakterze dmuchającym, staje się coraz wyraźniejszy, najwyraźniejszy na mostku tuż przy przyczepieniu się IV żebra, — dalej ku stronie prawej szmer ten słabnie, a występuje obok niego również głuchy ton. Idąc ku tętnicy płucnej, słyszymy również skurczowy szmer, który im bliżej miejsca osłuchiwania tętnicy płucnej, tem wyraźniej przybiera inny charakter niż szmer nad końcem serca i podstawą mostka, stając się silnym, piłującym. Szmer ten najwyraźniej słyszalny w 2 gim przestworze międzyżebrowym po stronie lewej; słychać go również nad całą lewą górną stroną klatki piersiowej; — II-gi ton w miejscu osłuchiwania tętn. płucnej wyraźnie słyszalny. Nad tętnicą główną (aortą) słabo słyszalny skurczowy szmer obok tonu, drugi ton — silny. Nad tętnicami dogłowowemi (carotis) dwa tony.

Brzuch płaski. Wątroba i śledziona prawidłowych wymiarów. Mocz c. g. 1025, bez białka. Obrzęków brak. Ciepłota podwyższona o torze zwalniającym. (R. 37·3 — W. 38·8).

Przy rozbieraniu objawów, stwierdzonych u naszego chorego, — pójdę za tokiem myśli, które kolejno przypadek nasz nasuwał.

Dość wybitna sinica na twarzy, kończynach dolnych i górnych, przy braku wyraźniejszej duszności i wszelkich zastojów, pałeczkowato zgrubiałe palce, oto objawy, które już same przez się zwracały uwagę tembardziej, że w wywiadach mieliśmy wzmiankę, że sinica zwracała uwagę chorego samego od 10 roku życia.

Już przy oglądaniu chorego szczegóły te zwracały uwagę na wrodzone zmiany sercowe, na *cyanosis congenita*. Badanie dalsze potwierdzało coraz bardziej to przypuszczenie.

Ze szczególniejszą uwagą rozbieraliśmy też objawy ze strony narządu krążenia, chcąc w nich z jednej strony znaleźć potwierdzenie zrobionego przypuszczenia, z drugiej zaś, by przyjść do pewniejszego poznania istniejącej zmiany. Nad wszystkiemi ujściami słyszeliśmy szmer skurczowy, jednak przy dokładniejszem osłuchiwaniu można było przyjść do przekonania, że dwa źródła właściwie dla tych szmerów trzeba przyjąć, gdyż szmer słyszalny nad końcem serca i nad podstawą mostka był innego charakteru, niż szmer skurczowy nad tętnicą płucną, tętnicą główną i nad lewą górną częścią klatki piersiowej.

Zwracało dalej uwagę, że natężenie tych szmerów było największe dla jednego nad końcem mostka przy przyczepieniu się 4-go żebra, dla drugiego w 2-gim przestworze międzyżebrowym po str. lewej. Umiejscowienie I-go szmeru najwyraźniejsze nie nad końcem serca, lecz nad mostkiem, brak zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną, mimo powiększenia stłumienia poprzecznego serca, brak objawów zastoju w wątrobie i w innych częściach ustroju, mimo tak wybitnej sinicy, nie pozwalały myśleć o niedomykalności zastawki dwukończystej *(insuf. valv. bicuspid)*. Brak wypełnienia żył szyjnych i jakiegokolwiek w nich tętnienia, obok braku zastoju, wykluczały niedomykalność zastawki trójkończystej *(insuf. valv. tricuspid.)*.

Szmer ten skurczowy nad mostkiem przy przyczepieniu 4-go żebra musiał mieć wobec tego niezwykłe źródło, a wobec już powziętej poprzednio myśli o wrodzonej wadzie sercowej, zwracał mimowoli uwagę na spostrzeżenia Rogera, na tak

zwaną przez Francuzów „maladie de Roger". Według Rogera szmer skurczowy, słyszany przy wrodzonej wadzie sercowej najwyraźniej na mostku na wysokości 3-o przestworu międzyżebr. i 4-go żebra, nie udzielający się do naczyń szyjnych, odpowiada komunikacyi między prawą a lewą komorą. Szczegół ten, wobec wykluczenia zboczeń w zastawkach dwu- i trójdzielnej, skłonil też do rozpoznania ubytku w przegrodzie komór *(defectus septi ventriculorum)*.

Dla szmeru drugiego skurczowego, słyszalnego najwyraźniej w II-gim przestworze międzyżebr. po stronie lewej, wobec raz przyjętej myśli o wrodzonej wadzie sercowej, szukaliśmy źródła w zwężeniu tętn. płucnej, t. j. w zmianie, która tak często łączy się z ubytkiem w przegrodzie komorowej.

Co przeciw temu rozpoznaniu przemawiało, to brak osłabienia II-go tonu nad tętnicą płucną, który w naszym przypadku był dobrze słyszalny. Szczegół ten wraz ze stwierdzeniem stłumienia po lewej stronie mostka, schodzącego się ze stłumieniem serca, kazał myśleć, czy szmer ten skurczowy nie odpowiada otwartemu przewodowi Botala. Na stłumienie po str. lewej mostka zwraca uwagę Gerhardt, uważając go za charakterystyczne dla *ductus Botali apertus*. Osłuchiwanie jednak miejsca tego stłumienia, wykazujące nam, że tu słyszymy i szmery oddechowe płucne i obfitą ilość drobnych rzężeń, wskazywało, że przytłumienie to ma swoje źródła w zmianie gruźliczej w miąższu płucnym, którą i w innych częściach płuc stwierdziliśmy. Obecność gruźlicy zaś, względnie częstej towarzyszki wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej, musiało przechylać na tę stronę rozpoznanie, mimo braku osłabienia 2-go tonu nad tętn. płucną.

Chory przez kilka tygodni pozostawał w klinice, wśród ciągle pogarszającego się stanu. W kilka dni po przybyciu do nas, wystąpił obrzęk podudzia lewego wskutek zakrzepu w żyle podkolanowej *(Thrombosis v. poplit.)*, a w pięć dni potem chory nagle utracił władzę w ręce i nodze lewej, obok porażenia dolnych gałązek n. twarzowego lewego. Nagłe to wystąpienie porażenia połowiczego u młodego człowieka, niemającego poprzednio żadnych zboczeń w układzie nerwowym, koniecznie zwracało uwagę, że zaszła tu nagle zmiana, będąca w związku z istniejącemi zboczeniami w ustroju.

Nie nagły wylew krwawy, bo zmian w układzie tętniczym głównym i powodu do wylewu krwawego nie było, nie zator *(embolia)* ze strony układu tętniczego głównego i komory lewej, bośmy poprzedniem rozumowaniem wykluczyli zmiany w lewej komorze i w tętnicy głównej, a więc uwaga zwrócona być musiała na zakrzep w żyle podkolanowej lewej, którego część urwana nie popłynęła do tętnicy płucnej, jak zwykle, lecz wskutek jej zwężenia, a otwartej komunikacyi komory prawej z lewą, popłynęła do komory lewej, a stąd do tętnic półkuli mózgowej prawej, czyli, że rozpoznaliśmy tak przez Zahna nazwaną „embolia paradoxa". Tak pojąwszy ten szczegół, znajdujemy w nim jeszcze jedno poparcie dla rozpoznania ubytku w przegrodzie komorowej *(defectus septi ventric.)*. Rozpoznanie też, które podczas demonstracyi w klinice tego przypadku za najwłaściwsze uznałem, brzmiało: *Vitium cordis congenitum sub forma defectus septi ventriculorum et stenosis ostii art. pulm. Tuberculosis pulm. in stad. destructionis. Emphysema pulm. Bronchitis diffusa. Thrombosis ven. extrem. inf. sin. subs. embolia art. fossae Sylvii ad reg. caps. intern. (haemiplegia sinistra).*

Wkrótce chory życie zakończył, a rozpoznanie anatomopatologiczne (Prof. Obrzut i Dr. Krzyszkowski) opiewa: *Vitium cordis congenitum sub forma communicationis ventriculorum ac atriorum. Stenosis ostii arteriosi dextri ac endocarditis verrucosa loci ejusdem. Hypertrophia cordis dextri. Tuberc. pulm. destruc. Emphysema pulm. Bronchitis. Tracheitis ulcerosa tub. Thrombosis venar. cruris sin. ac pelvis. Infarctus anaemici lienis. Haemorrhagia meningealis. Thrombosis art. fossae Sylvii, encephalomalacia dispersa ac diffusa haemisph. dextr. Gastritis pigmentosa chr. Decubitus ad reg. ossis sacri. Oedema pedis sin.*

Co do zmian w sercu, które tutaj szanownym kolegom przedstawiam (demonstracya), protokół sekcyjny tak je opisuje: „Serce wielkości odpowiedniej, koniuszek serca odpowiada komorze prawej. Ściana komory prawej znacznie zgrubiała, tak gruba, jak i ściana komory lewej. Mięśnie brodawkowate silnie rozwinięte, mięsień obu komór brunatnawomatowy; tu i owdzie małe żółtawe ogniska. Śródsierdzie w okolicy stożka tętn. płucnej zgrubiałe. Zastawki jej leżą wysoko, są tylko dwie, zgrubiałe i przykurczone. Na nich w miejscach przyczepienia świeże, wielkości siemienia, grzebieniaste wybujałości. Z przedsionka prawego można się dostać zgłębnikiem przez *foramen ovale*, otwarte na wielkość główki od szpilki, do przedsionka lewego. Zastawki trój- i dwudzielne bez zmian. Zastawki tętn. głównej prawidłowe, a tuż pod niemi w przegrodzie komór otwór, do którego można wprowadzić 2 palce, przechodzący do komory prawej".

Przypadek nasz potwierdza naprzód znany fakt, że ubytkom w przegrodzie komór najczęściej, jakkolwiek nie zawsze, towarzyszy zwężenie, lub nawet zamknięcie, tętnicy płucnej; dalej, że ubytki te najczęściej dotyczą tylnej górnej części przegrody.

Wiek pacyenta, lat 29, które chory przeżył, pracując nawet ciężko, nie należy do częstych, ale nie stanowi znów wielkiej rzadkości.

Z obliczenia Vierordta, na 91 przypadków wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej przy równoczesnej komunikacyi komór, widzimy, że umarło:

W 1-szym	roku	życia	7
1— 2	„	„	10
3— 5	„	„	6
5—10	„	„	28
10—15	„	„	14
15—20	„	„	9
20—30	„	„	12
30—40	„	„	5

czyli przeciętny wiek życia dla ludzi dotkniętych tą zmianą wynosi 11·76 lat.

Pacyent nasz zatem przekroczył znacznie przeciętny wiek życia ludzi rodzących się z tą wadą. Ze zmianą tą, jak widzimy u naszego chorego, można szeregi lat żyć i w niekorzystnych nawet warunkach pracować. Mamy w tym kierunku dość ciekawe spostrzeżenia, jak n. p. przypadek Vulpiana, dotyczący kobiety, lat 52 liczącej, lub przypadek Pacanowskiego, tyczący mężczyzny (szewca) 47-letniego, który między 17—35 r. życia cierpiał na napady padacz-

kowe, pracował całe życie i był ojcem 14-ga dzieci, lub chory Bayera 21 lat liczący, który robił wycieczki na szczyty gór i tańczył zapamiętale, mimo duszności i bicia serca. A i nasz chory nieźle musiał się przedstawiać, gdy w wieku popisowym przywdział mundur wojskowy i gdy w 29 roku życia uległ właściwie gruźlicy płuc, a nie swej wadzie sercowej. (Dok. nast.).

* * *

II. **Z kliniki pedyatrycznej prof. Eschericha w Gracu.**

O występowaniu *bac. proteus vulgaris* w stolcach niemowląt; próba leczenia przez podawanie hodowli bakteryjnych.

Podał

Dr. Józef Brudziński.

Charakter stolców u niemowląt zmienia się zależnie od pokarmu, jaki niemowlę przyjmuje, jak również od stanu jego narządów trawienia. Widzimy tu różne stopnie przetrawienia i różne zabarwienie kału w pieluszkach, od barwy żywożółtawej z przyjemną kwaśnawą aromatyczną wonią stolców niemowląt, karmionych piersią, aż do dyspeptycznych stolców u dzieci sztucznie karmionych, pozostając wciąż jeszcze w granicach warunków prawidłowych. Wszystkie jednak stolce niemowląt posiadają jedną wspólną właściwość, — brak woni nieprzyjemnej, cuchnącej, jaką stale posiadają stolce ludzi dorosłych. Brak produktów rozkładu białka i woni odpowiedniej w stolcach dzieci jest rzeczą aż nader dobrze znaną, a jednak dotąd dostateczne nie wyjaśnioną. Był czas, gdy wyciągano z tego spostrzeżenia wniosek i to z pewną słusznością, że wogóle proces gnicia w przewodzie kiszkowym niemowlęcia nie występuje. Jednak obecność produktów redukcyi i wolnego wodoru, następnie stałe znajdowanie się nader licznych bakteryj w kale prawidłowym przemawiały przeciw podobnemu przypuszczeniu. Starano się więc wytłómaczyć tę rażącą różnicę w inny sposób. Podług Senatora sprawa gnicia nie może tak daleko postępować, jak u dorosłego, gdyż zawartość kiszkowa u niemowlęcia nierównie szybciej zostaje wydaloną z przewodu kiszkowego, a zatem za mało jest czasu do wytworzenia się produktów cuchnących, powstających pod wpływem gnicia z ciał białkowych. Można tu jednak uczynić zarzut, dla czego w kale dzieci na zewnątrz ustroju nie tworzą się wzmiankowane produkty rozkładu. Najwięcej rozpowszechnionem jest twierdzenie Uffelmanna, że działanie przeciwgnilne żółci odgrywa tu rolę rozstrzygającą i jemu przypisać należy, że, pomimo obfitości bakteryj, właściwe produkty gnicia w kale niemowląt nie występują. Twierdzenie o przeciwgnilnych właściwościach żółci zostało podane w wątpliwość przez wyniki ujemne, a nawet wręcz przeciwne badań Hoppe Seylera, Voita, Falka.

We wszystkich tych usiłowaniach wytłómaczenia tak znamiennego faktu mamy jeden i ten sam punkt wyjścia, — mniemanie, iż w przewodzie kiszkowym niemowlęcia zachodzi, jeżeli nie ilościowo, to przynajmniej jakościowo ten sam proces, co w przewodzie kiszkowym dorosłego. „To właśnie — mówi Escherich[1]) w swej znanej pracy — stanowi słabą stronę wszystkich tych hipotez; gdy bowiem spostrzeżenia, zdobyte przy łóżku dorosłego, przenoszono bezpośrednio na sprawy, zachodzące w przewodzie kiszkowym niemowlęcia, wyobrażenie o procesie rozkładowym w jelitach tak było nieodłączne od wyobrażenia o rozkładzie ciał białkowych, że nie przedstawiano sobie jednego procesu bez drugiego i niezgodność zjawisk starano się wyjaśnić za popomocą wspomnianych wyżej hipotez“.

[1]) Die Darmbakterien des Säuglings und ihre Beziehungen zur Physiologie der Verdauung, 1886.

Dopiero Bienstock zwrócił uwagę na jakościową różnicę pomiędzy procesami, odbywającymi się w jelitach niemowlęcia i dorosłego, dowiódłszy braku w tychże „prątka białkowego“ *(Eiweissbacillus)*.

Mniemanie to potwierdziły i uzupełniły badania Eschericha, z których wynika, że proces rozkładowy, odbywający się w przewodzie kiszkowym przy pokarmie wyłącznie mlecznym, nie jest gniciem, przez co się rozumie rozszczepianie ciał azotowych, lecz kiśnieniem (fermentacyą), w ścisłem słowa znaczeniu, t. j. rozszczepianiem węglowodanów z wytwarzaniem się produktów lotnych. Żaden z dwóch gatunków bakteryjnych, występujących głównie w przewodzie kiszkowym przy pokarmie mlecznym, nie posiada zdolności działania rozkładowego na białko, co w połączeniu z szybkiem wchłanianiem sernika, tłómaczy nam dostatecznie brak produktów gnicia białkowego, nie może bowiem w tych warunkach być w ogóle mowy o rozkładzie ciał białkowatych.

Wszystko, co się powyżej rzekło, stosuje się tylko do prawidłowych stolców u dzieci, karmionych piersią. U dzieci, karmionych sztucznie, ma miejsce w zawartości dolnych odcinków jelit proces rozkładu białkowego, w nader nikłym jednak stopniu. W przypadkach chorobowych spotykamy u niemowląt stolce, w których cechująca woń w wysokim stopniu czuć się daje; różnią się one też i wejrzeniem swojem od prawidłowych stolców niemowląt; mamy wtedy do czynienia ze stolcami gęstymi, obfitymi, zbitości i barwy gliny.

Podjęte przez nas badanie bakteryologiczne takich stolców wykazywało prawie zawsze obecność *proteusa,* a mianowicie *proteus vulgaris*, odmiany rozpuszczającej żelatynę, badania w tym względzie stanowić będą treść pracy niniejszej.

Powszechnie znanym jest fakt, że *proteus* nie znajduje się nigdy w zwykłych, to znaczy niezmienionych chorobowo stolcach niemowląt i to zarówno karmionych piersią, jak i sztucznie. Jak wiadomo, w przewodzie kiszkowym niemowlęcia spotykamy przeważnie tylko dwie odmiany bakteryj: *bac. coli com.* i *bact. lactis aërogenes.* „Inne, w szczególności rozpuszczające żelatynę bakterye — mówi Escherich, któremu zawdzięczamy najważniejsze wiadomości co do bakteryj kiszkowych u niemowląt — spotykają się tylko w przypadkach chorobowych, jak również tam, gdzie jeszcze w stolcach znajdują się resztki smółki *(meconium)*“. Przyczyny tego faktu szukać należy w wyłącznie mlecznym pokarmie niemowląt, jak znowu spożywaniem mięsnych pokarmów tłómaczy się obecność odmian bakteryjnych, rozpuszczających żelatynę, w stolcach ludzi dorosłych i zwierząt mięsożernych. Fakt ten, który *a priori* już wydaje się słusznym, został stwierdzonym przez Eschericha doświadczalnie. Karmił on w tym celu jakiś czas młode szczenięta wyłącznie mlekiem i badał bakteryologicznie i chemicznie ich stolce. Nie znalazł ani rozpuszczających żelatynę odmian bakteryjnych, ani

produktów rozkładu białkowego. Gdy następnie dawał szczeniętom dłuższy czas wyłącznie mięso, mógł stwierdzić obecność wspomnianych bakteryj i produktów rozkładu.

W piśmiennictwie znajdujemy następujące wzmianki o występowaniu *proteusa* w stolcach niemowląt: W r. 1888 opisuje Bagińsky[1]) t. zw. „białą bakteryę rozpuszczającą“, *(das weisse verflüssigende Bacterium)*, którą spotykał w stolcach dzieci, cierpiących na biegunkę, obok *bact. coli. com.* i *bact. lactis aërogenes.* Jak wnioskować można z opisu autora, bakterya ta zdaje się być identyczną z proteusem. Pod wpływem tej bakteryi żelatyna się rozpuszcza, mleko się ścina. Posiada ona również działanie energiczne na zwierzęta. W późniejszej swej pracy[1]) „Zur Pathologie der Durchfallskrankheiten des kindlichen Alters“ sam Bagińsky uznaje bakteryę wzmiankowaną za proteusa. Lesage spotykał proteusa w 18 przypadkach badanych przez niego stolców. Prątek ten odbarwiał się metodą Grama. Zwykle spotykał go w stolcach dzieci, nie przekraczających 10 miesięcy życia, u których mógł stwierdzić spożywanie mięsa, co uważa za okoliczność, sprzyjającą wystąpieniu proteusa. Oprócz tego znajdujemy u niego wzmiankę o wyhodowaniu proteusa z mleka.

Najobszerniejsze wiadomości o spotykaniu proteusa w stolcach dzieci znajdujemy u Bookera[2]), który w okresie czasu 1887—1897 bakteryologicznie badał dużą ilość stolców dzieci, dotkniętych biegunką letnią, a względnie badał i jelita histologicznie. W swoich poszukiwaniach, pominąwszy *bact. coli com.* i *bact. lactis aërog.*, spotykał najczęściej *proteus vulgaris* i paciorkowce. Booker opisuje trzy postacie chorobowe, stojące w etylogicznym związku z odpowiedniemi bakteryami 1. *Diarrhoë dyspept.*, 2. *Gastroenteritis ex proteus vulgar.*, 3. *Gastroenteritis streptococcica.* Postać druga charakteryzuje się głębokiemi zmianami w ścianach jelit, towarzyszą jej nader rzadko owrzodzenia, objawy ciężkiego ogólnego zatrucia. Wyhodowany przez Bookera *proteus vulgaris* przedstawia krótki, smukły prątek, długości ca 3—4 μ., z żywą ruchliwością, a w doświadczeniach na zwierzętach z energicznem działaniem zabójczem. Świnki morskie, które autor karmił 1—6 tygodniowemi hodowlami mlecznemi proteusa, umierały po 1—8 dniach. W żołądku i jelitach znajdowano identyczne bakterye. Na inne zwierzęta to samo karmienie nie oddziaływało ujemnie. Mysz, karmiona 6 dni 14-dniową hodowlą mleczną, nie zdradzała żadnych chorobliwych objawów; mysz zaś, której zastrzyknięto 5 ctm. sześcien. rozpuszczonej hodowli żelatynowej proteusa, padła po 24 godzinach. Booker spotykał proteusa w 4 przypadkach, z tych w jednym w *stadium stuporosum* ostrej cholery dziecięcej, w trzech przypadkach tej choroby z przebiegiem więcej przewlekłym, wyróżniającym się objawami nerwowymi.

Znany klinicysta francuski, Dr. Marfan[3]), w pracy swojej o roli bakteryj w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt, przytacza również między innemi wiadomości, jakie posiadamy o występowaniu proteusa w stolcach niemowląt. *Proteus vulgaris* — mówi Marfan — który się prawidłowo znajduje w stolcach ludzi dorosłych, prawie nigdy nie spotyka się w stolcach niemowląt. Występuje on w stolcach u tych ostatnich (podług Bookera) w ciężkich cholerycznych postaciach chorobowych przewodu pokarmowego. Zdaje się więc być pewnem, że proteus odgrywa dosyć ważną rolę w chorobach przewodu pokarmowego u dzieci: trudno jednak, wobec niezupełnie jeszcze ustalonych zapatrywań na tę odmianę bakteryjną, przyjść do pewnych wniosków w tym względzie“.

Lannelongue i Achard sądzą, że odczyn surowiczy w przypadkach podobnych wyjaśni z czasem ciemne dotąd punkty tej sprawy.

Badania nad występowaniem proteusa w stolcach niemowląt rozpoczął na klinice tutejszej prof. Escherich, dalsze prowadzenie tych badań, dzięki uprzejmości prof. Eschericha, przypadło w udziale mnie. W przeciągu kilku miesięcy badałem na klinice wszystkie stolce, które posiadały cechującą woń, były gęste, gliniaste. Dla porównania wyników badałem również stolce dzieci, będących przy piersi mamek klinicznych, jak również dzieci, sztucznie karmionych, bez charakterystycznych stolców woniejących. Stolce badałem na barwionym preparacie, podług metody Weigert-Eschericha co do spotykanej w nich wegetacyi bakteryjnej. Zauważę tu tylko krótko, że w stolcach dzieci, karmionych piersią, bez różnicy bakterye barwią się na niebiesko, gdy stolce dzieci, sztucznie karmionych, wykazują już dużą ilość bakteryj zabarwionych na czerwono; stosunek ten na korzyść czerwonych wzmaga się przy sprawach chorobowych w przewodzie kiszkowym. W każdym poszczególnym przypadku znajdzie miejsce wzmianka o wejrzeniu wegetacyi bakteryjnej przy barwieniu wspomnianą metodą.

Robiłem hodowle na płytkach agarowych i żelatynowych, przyczem w początkach posługiwałem się zwykłą metodą rozcieńczeń, następnie jednak, oprócz tej metody, ponieważ chodziło mi głównie o poznanie charakterystycznej ostrej woni, jaką dają hodowle proteusa na agarze *(bacillus foetidus)*, próbowałem przeszczepiać wprost z zawiesiny (emulsyi) stolca w wodzie na agar skośny w próbówce i rzeczywiście otrzymałem charakterystyczny zapach, lecz nie tak wyraźnie, jak na płytkach agarowych. Wprowadzenie gumowych pochewek nieco polepszyło sprawę, ostatecznie jednak najlepszą okazała się następująca metoda: rozlewałem agar w zwykły sposób na płytki (szalki Petriego), i odstawiałem na pewien czas, dopóki się agar nie ściął; wtedy za pomocą chorągiewek z bibuły wyjałowionej, umaczanych w zawiesinie bulionowej, przeciągałem po powierzchni agaru. W ten sposób, ze względu na dość dużą powierzchnię, wyłącznie powierzchowny rozwój bakteryj i niemożliwość ulatniania się woni, szalki bowiem były oblepione naokoło paskami przylepca, otrzymywałem w przypadkach ze względu na poszukiwania proteusa dodatnich, charakterystyczną dlań woń, zwykle po 24 godzinach. Ponieważ w większości przypadków z dodatnim wynikiem już i żelatyna wykazywała wyraźnie miejsca rozpuszczone, miałem przeto już po 24 godzinach pewne uzasadnione podejrzenie, że mam w danym razie z proteusem do czynienia i mogłem przystępować do dalszych ściślejszych badań hodowli na innych pożywkach (ziemniak, mleko, bulion cukrowy), prób charakterystycznych (indolowa próba, amoniakalna). Wyniki porównywałem z wynikami przy operowaniu czystą hodowlą *proteus vulgaris* i przekonałem się o ich identyczności.

Barwienie preparatów czystej hodowli podług Weigert-Eschericha wykazywało jedynie czerwone prątki. W kropli wiszącej okazywały prątki te żywą ruchliwość. W 2 przypadkach wykonałem odczyn surowiczy z surowicą krwi niemowląt, ze stolców których wyhodowałem proteusa, w obydwu z wynikiem ujemnym; w innych przypadkach z suro-

[1]) a) Ueber Gährungsvorgänge im kindlichen Darmkanal und die Gährungstherapie der Verdauungskrankheiten. Odbitka z *„Deutsche medicin. Woch.“ Nr. 20, 21 1888.*
b) Odbitka z *„Archiv für Kinderheilkunde“ XXII Tom.*

[2]) Booker. A study of some of the Bacteria found in the dejecta of infants, afflicted with summer diarrhoea *„Transactions of the IX Int. Medic. Cong.“ Vol. III.*

[3]) Rôle des microbes dans les gastro-enterites des nourrissons. *„Revue mensuelle des maladies de l'enfance“*, T. XVII. Październik, 1899.

wicą zwierząt, którym zastrzyknięto bulionowe hodowle odpowiedniego szczepu proteusowego, lub też wolne od bakteryj jego jady, odczyn wypadł nader pomyślnie; w niektórych przypadkach wyraźna aglutynacya przy rozcieńczeniu 1:300 (szczegóły w opisie przypadków — Gaber i Payer).

Do doświadczeń służyły przeważnie myszy, świnki morskie, do karmienia hodowlami mlecznemi proteusa również młode kocięta i szczenięta. Te ostatnie otrzymywały w przeciągu pewnego czasu 1—3 tygodniowe hodowle proteusa w mleku; przed doświadczeniem stolce ich były badane na proteusa z ujemnym, a w czasie doświadczeń z dodatnim wynikiem. Przed i w czasie trwania doświadczenia zwierzęta również były ważone. Kocięta dostawały w początkach doświadczeń rozwolnienia, traciły na wadze, następnie jedno z nich zupełnie przyszło do siebie, drugie marniało i po pewnym czasie zabite zostało do odczynu surowiczego (z wynikiem jednak ujemnym, — nie były to więc u niego objawy zakażenia ogólnego, lecz zatrucia). Szczenięta reagowały jeszcze mniej przy powyższem karmieniu. (Szczegóły w opisie przypadków Gaber i Payer). Myszy karmione były hodowlami proteusa w mleku lub też w ten sposób, że zeskrobywałem duże ilości z hodowli agarowych i zagniatałem je z chlebem w postaci pigułek; — myszy jednak nie reagowały zupełnie.

Doświadczenia z zastrzykiwaniem zwierzętom bulionowych hodowli proteusa wykazały we wszystkich przypadkach wysoką jego siłę zabójczą i to zarówno dla myszy, jak świnek morskich; więcej odpornemi okazały się koty, a zupełnie odpornemi, jak i przy doświadczeniach z karmieniem, psy.

W paru przypadkach wstrzykiwałem również jady, które otrzymywałem, przeszczepiając z hodowli agarowej (proteus — Gaber) do większych ilości bulionu. 8—10 dniowe hodowle bulionowe, które posiadały charakterystyczną woń gnicia białkowego, przesączałem przez filtr Berkefeldta. Jady te działały energicznie na świnki morskie i koty, pozostawały bez wpływu na psy. (Dok. nast.).

III. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż

Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

(Ciąg dalszy).

Objawy przebicia jelit występują nadzwyczaj gwałtownie i to bez jakichkolwiek zwiastunów. Zazwyczaj powstają silne bóle brzucha, coraz to bardziej się wzmagające; brzuch staje się wzdęty, silnie napięty i przy najlżejszym ucisku bardzo bolesny. Stłumienie wątroby i śledziony znika skutkiem przesunięcia tych narządów ku górze. Przepona wysoko ustawiona, tor oddechania żebrowy. Chorzy nadzwyczaj prędko ulegają zapadowi, twarz się wydłuża i pokrywa zimnym potem, oczy głęboko wpadnięte, nos jakby wydłużony, oblicze wyraża trwogę i cierpienie, powłoki blade i zimne, a ogólne osłabienie coraz więcej się potęguje. Tętno przyspieszone, nitkowate lub zaledwie wyczuwalne, ciepłota ciała nadzwyczaj nizka. Czasami trapią chorego wymioty, a pod koniec życia uporczywa czkawka, poczem następuje zapad i śmierć. Zapalenie opłucnej z przebicia jelita zazwyczaj kończy się niepomyślnie, wyjątkowo tylko spostrzegano wyleczenie. Nie zawsze znajdujemy powyżej opisane objawy; zdarzyć się może, że nagle występujący zapad może być jedynym objawem istniejącego przebicia.

W gardle napotkać możemy rozmaitego rodzaju zmiany. Najczęściej zdarza się zapalenie nieżytowe *(angina catarrhalis)*, które jednak zbyt wielkich dolegliwości nie wywołuje. W innych przypadkach widzieć możemy zapalenie pryszczykowe, wrzodliwe, błonicze, lub też zgorzelinowe, przyczem zdarzyć się może, że sprawa chorobowa przenosi się dalej na otoczenie i sprowadzić może poważne następstwa. Przez przewód Stenona zapalenie przenieść się może na ślinianki i dać powód do wytworzenia się ropnego zapalenia grucz. przyusznego *(parotitis)*, jak również zapalenie ropne rozszerzać się może wzdłuż naczyń krwionośnych i wreszcie dać powód do ogólnej ropnicy.

Żołądek rzadko tylko może ulegać powikłaniu w przebiegu duru brzusznego. Najważniejsze pod tym względem są wymioty, które wydarzyć się mogą w okresie gorączkowym, lub w okresie ozdrowienia, rzadziej natomiast w okresie początkowym duru. Pojawienie sie wymiotów krwawych *(Haematemesis)* odnieść należy do obecności wrzodów żołądka, lub też do znacznego przekrwienia jego błony śluzowej; dzieci daleko skłonniejsze są do wymiotów, aniżeli osoby dorosłe. Bóle brzucha należą do częstych zjawisk, spotykanych w durze, najczęściej w okolicy kiszki ślepej lub w okolicy pępka. Czasami bóle te mogą być tak silne, że nawet chorzy nieprzytomni, przy ucisku n. p. na okolicę kiszki ślepej, oddziaływają. Powiększenie śledziony dochodzić może nieraz tak znacznych rozmiarów, że może sprowadzić pęknięcie tego narządu, co jednak należy do bardzo rzadkich zjawisk.

Czasami zdarzyć się może, jako powikłanie duru, zapalenie przyjądrza i jądra, jak również zapalenie zgorzelinowe części rodnych. U kobiet miesiączka zachowuje się niejednakowo; w jednych przypadkach ustaje, w drugich zaś jest bardzo obfita, a czasem przychodzi do prawdziwych krwotoków macicznych. U ciężarnych wydarzają się bardzo często poronienia, którym towarzyszą silne krwotoki, a dur przybiera w tych razach bardzo ciężki przebieg. Szczególnie ciąża w pierwszej swej połowie usposabia do poronień. Po przebytym durze miesiączka wraca dopiero po kilku miesiącach (2—3 miesięcy); jest ona z początku bardzo skąpą i występuje w nieregularnych odstępach czasu.

Z narządów zmysłowych oko i ucho ulegają w durze brzusznym niektórym zmianom. Spojówka oka często jest zaczerwieniona, a chorzy skarżą się na bóle i swędzenie w oczach. W późniejszych okresach duru chorzy chętnie zamykają oczy, nie mogą znosić światła, co, według niektórych autorów, ma być znakiem niepomyślnym. Żrenice zachowują się nader rozmaicie. Wrzody rogówki, chwilowa ślepota, zaburzenia w akomodacyi, zapalenie nerwów i osłonek nerwowych często wikłają dur brzuszny.

Daleko częściej spotyka się zajęcie ucha. Wcześnie już występuje szum i dzwonienie w uszach, utrzymujące się z mniejszem lub większem nasileniem, niekiedy dosyć długo. Czasem chorzy durowi utracają zupełnie słuch i to na obu lub też jednem uchu. Głuchota jest albo następstwem nieżytu trąbki Eustachiusza, lub też występuje wskutek zapalenia ucha środkowego. Zapalenie ucha środkowego należy do nieprzyjemnych powikłań, łatwo przenieść się może do czaszki i wywołać zapalenie opon mózgowych.

Szczególnie u ludzi młodych w okresie ozdrowienia przychodzi do podurowego zapalenia okostnej z ulubionem siedliskiem w kościach długich. W przypadkach takich przychodzi do znacznych bólów i obrzmienia zajętych miejsc, a przebieg takiego zapalenia jest nadzwyczaj przewlekły. W mięśniach zaś przychodzi do swoistych zapaleń miąższowych t. z. zmian Zenkera, których następstwem są przedarcia mięśni i krwotoki między włókna mięśni.

Odżywienie chorego podupada z każdym dniem i nic dziwnego, że po tak długiej chorobie, jak dur brzusz-

ny, chorzy podobni są do szkieletów. Wychudzenie szczególnie prędko widzimy u dzieci, które znów również prędko w okresie ozdrowienia dawny ciężar ciała odzyskują. W niektórych przypadkach wychudzenie i upadek ciała utrzymują się bardzo długo i, mimo obfitego pożywienia, chorzy na wadze nie przybierają, a skutkiem coraz większego upadku sił, zejście śmiertelne nastąpić może. Przyczyna tak złego asymilowania pokarmów leżeć może w zaniku gruczołów jelitowych.

Upadek sił i ogólne osłabienie nie we wszystkich przypadkach duru brzusznego są jednakowe. Wielu chorych zupełnie o swem schorzeniu nie wie i tylko z powodu gorączki i bólu głowy w łóżku pozostają, a w przypadkach lekkich chorzy oddawać się mogą swobodnie swemu zajęciu. W innych znowu przypadkach chorzy mogą sami w łóżku usiąść i codziennie potrzeby swe na wychodku oddać; w ciężkich natomiast przypadkach upadek sił jest tak znaczny, że chorzy bez pomocy powstać z łóżka nie mogą, nie są w stanie wykonać jakichkolwiek ruchów i są jakby bezwładni. Bezsilność taka jest również powodem, że bezprzytomni chorzy bezwiednie pod siebie mocz i kał oddają, lub też skutkiem osłabienia mięśni i pęcherza następuje zatrzymanie moczu. Znaczny upadek sił cechuje przypadki ciężkie, kończące się zazwyczaj niepomyślnie; w przypadkach szczęśliwych upadek sił długi czas się jeszcze po przebytym durze utrzymuje.

Choć dur brzuszny we wszystkich swych postaciach należy do chorób ciężkich i poważnych, to jednak wyraz twarzy nie u wszystkich chorych zdradza tak ciężkie schorzenie. Często na obliczu maluje się zupełna swoboda, umysł nie przyćmiony i chorzy robią wrażenie osób zupełnie zdrowych. W większości przypadków rzecz przedstawia się nieco odmienniej. Na pierwszy rzut oka znać, że mamy przed sobą ciężko chorego. Twarz blada, źrenice rozszerzone, usta otwarte, chory leży nieruchomie i jakby bez czucia, nie bierze udziału w tem, co się naokoło niego dzieje. W innych przypadkach policzki zaczerwienione lub pokryte niebiesko-różowymi wypiekami, które znikają i znów się pojawiają. W dalszym ciągu choroby, kiedy wychudzenie chorego jest znaczne, oczy zapadają, nos się przedłuża, co, obok przyśpieszonych ruchów oddechowych, robi wrażenie, jakgdybyśmy przed sobą mieli osobę, dotkniętą gruźlicą.

Ogólny obraz i przebieg choroby. Obraz choroby i przebieg duru brzusznego zależne są od rozmaitych czynników, które podzielićby można na dwie duże gromady: do pierwszej zaliczyć należy owe czynniki, które w usroju samym znajdować się mogą, a które stanowią bezsprzecznie jeżeli nie jedyny, to w każdym razie bardzo ważny czynnik, stanowiący o przebiegu duru brzusznego. I tak odporność samego ustroju, budowa i czynność komórek nie tylko wśród samej choroby, ale i przed jej wybuchem, dalej okoliczności dalsze, jak wiek, rodzaj, otoczenie i warunki, wśród których ustrój wyrósł i wśród których się znajduje, a więc tu znów odżywienie, odpowiednie warunki higieniczne, mieszkanie, pory roku i t. d., — to także czynniki ważne, które na przebieg choroby bez wpływu nie są. Przyjąwszy z drugiej strony, że dur brzuszny wywołuje prątek Ebertha, to do gromady drugiej zaliczymy wszystkie okoliczności, które ściśle związane są z biologicznymi warunkami tego prątka. I tak, nie tylko ilość prątków, jaka wtargnęła do ustroju, ale przedewszystkiem ich wytwory rozkładowe, a więc ich jady, tych ilość i jadowitość ważną odgrywają rolę. Im więcej złośliwe jady, im ilość ich większa, tem obraz chorobowy i przebieg cięższy. Dalej wiedzieć należy, że i inne prątki w przewodzie pokarmowym się znajdujące, wraz z prątkami durowymi żyjące, wywierają niemały wpływ na te ostatnie, względnie ich jady i dla tego też to spółżycie (symbioza) w durze brzusznym również przy ocenieniu ciężkości przypadku uwzględnione być musi. Jak więc widzimy, walka ustroju, jaką staczać musi z chorobotwórczymi drobnoustrojami, zależna jest od bardzo licznych warunków, a wynik jej rozstrzyga o siłach samego ustroju, o jego wytrzymałości.

Okres wylęgania duru brzusznego, to jest czas, jaki upływa od chwili dostania się jadu durowego do ustroju aż do wybuchu choroby, wynosić może 2 dni do 3 tygodni. Okres ten przechodzi bez żadnych objawów, a zależy od ilości i złośliwości jadu durowego, od usposobienia samego ustroju i trudno dokładnie co do czasu daje się on oznaczyć.

Zanim przyjdzie do wybuchu właściwych cechujących objawów durowych, przechodzi jakiś czas, wśród którego chorzy czują się już nieswojsko. Okres ten zwiastunowy wynosić może rozmaicie długi czas, od kilku godzin do dwu tygodni. Dolegliwości, któreby chorym dokuczały, mogą być tak nieznaczne, że chorzy na nie zupełnie nie zważają i żadnych pod tym względem wskazówek dać nie mogą. Inni natomiast uskarżają się na niechęć do pracy umysłowej i fizycznej, na ciągawki w całem ciele, znużenie, dreszczyki, ból głowy, szum w uszach i zawroty głowy, na brak łaknienia, nudności i wymioty. W innych razach choroba od samego początku rozpoczyna się przypadłościami brzusznemi, występuje rozwolnienie, połączone z bólami w brzuchu, napadowo występującymi, lub też, co nawet częściej się przydarza, przez kilka dni utrzymuje się zaparcie stolca. Często dosyć skarżą się chorzy na krwotoki nosowe, które w niektórych epidemiach duru brzusznego należą do stałych objawów, w tym okresie choroby się pojawiających, a który to objaw ułatwia nam bardzo rozpoznanie. Szczególnie osoby niedokrwawne prawie z reguły objaw ten okazują. Bóle mięśniowe w kończynach dolnych i w krzyżach, uczucie ociężałości, również w tym okresie spotkać możemy. Rzadko natomiast skarżą się chorzy na uczucie zimna i silne jednorazowe dreszcze tak, że wystąpienie dreszczy w tym okresie chorobowym należy do wyjątków. Owe, za niczem nie przemawiające i niestałe dolegliwości trwać mogą kilka dni, poczem prawie zupełnie ustępują, by za jakiś czas znów się pojawić, ale z większą gwałtownością. Chorzy w tym okresie zazwyczaj oddają się dalej swemu zajęciu, aż znaczne osłabienie i gorączka w dalszym okresie choroby występująca, zmusza ich do pozostania w łóżku.

Z chwilą pojawienia się gorączki rozpoczyna się właściwie dur brzuszny i od tego czasu liczymy początek choroby, który ujawnia się dreszczami i to często dreszczami występującymi w pierwszych dwu dniach, rzadziej zaś jednorazowym dreszczem, po którym następuje wznoszenie się ciepłoty ciała. Dalszy przebieg duru, skutkiem występowania na pierwszy plan jednych objawów i możliwości przydarzenia się rozmaitych powikłań, jest nadzwyczaj rozmaity. Począwszy od przypadków nadzwyczaj lekkich, przebiegających na pozór bez żadnych objawów, a które skutkiem przyłączenia się tych lub owych powikłań śmiertelnie zakończyć się mogą i gdzie przy sekcyi, mimo że za życia prawie żadne objawy nie istniały, znajdujemy liczne zmiany anatomiczne w jelitach, aż do przypadków nadzwyczaj ciężkich, które w krótkim bardzo czasie kończą się niepomyślnie, znachodzimy możliwe przejścia. W jednych od samego początku choroba przebiega lekko, w innych, po objawach początkowych lekkich, następuje dalszy przebieg nadzwyczaj poważny i naodwrót, przypadki z początkiem ostrym, ciężkim, okazują się w dalszym ciągu jako łagodne. W innych znowu razach, a nawet stale w pewnych epidemiach, stwierdzamy, że przypadki duru przebiegają nadzwyczaj podobnie i to w ten sposób, że wszystkie cechują się wystąpieniem bardzo zastraszających objawów mózgowych i choroba przebiega ciężko, w innych razach znów dur występuje stale bardzo łagodnie i chorzy mają wejrzenie prawie ludzi zdrowych, nie uskarżają się na ból głowy, a *sensorium* jest przez cały czas choroby wolne. Rozmaity ten przebieg choroby zależy, jak to wyżej wspomnieliśmy, od rozmaitych przyczyn, które odnieść należy do odporności ustroju i działania prątka Ebertha, względnie jego jadów. (Dok. nast.)

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Działanie lecznicze przestarzałej surowicy przeciwbłoniczej.

Podał
Dr. Stanisław Steiner
c. k. lekarz salinarny.

W roku zeszłym ogłosił Dr. Abba (*Centralblatt für Bacter.*, Nr. 21), że surowica przestarzała, o ile jest jałową, nie traci swej wartości leczniczej w ciągu półtora roku, a i później jest bezwzględnie nieszkodliwą, tylko z biegiem czasu staje się coraz słabszą; zatem, wnioskuje Abba, wymienianie przez aptekarzy trzymiesięcznej surowicy na świeżą niema celu.

Ścisłe badania wspomnianego autora, którym nikt nie zaprzeczył, jak niemniej zachęta ze strony prof. O. Bujwida, skłoniły mnie do zastósowania w ciągu lata ubiegłego w mojej praktyce, przestarzałej surowicy przeciwbłoniczej, napełnionej w roku 1898, w miesiącach wrześniu, październiku i listopadzie, a więc starej, a nawet już częściowo zmętniałej. W tym celu otrzymałem 20 flaszeczek 5-gramowych o sile 1000 jednostek Behringa. Doświadczenia przeprowadziłem w miesiącu wrześniu i październiku r. 1899, a wynik tych doświadczeń przedstawia się, jak następuje:

Imię i nazwisko	Wiek	Rozpoznanie	Ilość surowicy wstrzykniętej	Wynik
E. F.	12	*Diphtheritis faucium*	2000 j. B.	wyzdrowienie
A. F.	6	» »	»	»
M. R.	4	» »	»	»
B. S.	5	» »	1000 j. B.	»
K. M.	4	» »	»	»
J. M.	2	*Diphtheritis faucium et laryngis*	«	»
J. M.	12	*Diphtheritis faucium*	3000 j. B,	»
B. K.	4	*Diphtheritis faucium et laryngis*	2000 j. B.	»
S. B.	2	*Diphtheritis faucium*	»	»
S. W.	2	» »	»	»

We wszystkich 10-ciu przypadkach chorzy zgłosili się w drugim lub trzecim dniu choroby z rozległemi zmianami błoniczemi na migdałkach, podniebieniu miękiem i tylnej ścianie przełyku, a w dwóch przypadkach ze zmianami w krtani. Z doświadczeń tych, jakkolwiek na 10 ciu tylko przypadkach przeprowadzonych, mogę jednak wnosić, że surowica przestarzała, nawet zmętniała, nie traci na wartości i równa się zupełnie surowicy świeżo zebranej, a jedynie ta surowica, która już zmieniła barwę, jest do celów leczniczych zupełnie nieprzydatną. Wynik moich doświadczeń ogłaszam dlatego, aby kolegów zachęcić do dalszych doświadczeń z surowicą przestarzałą.

W końcu dodać muszę, że leczenie surowicą przeciwbłonicza zyskało sobie uznanie nawet u ludu wiejskiego, gdyż w dwóch przypadkach zgłosili się do mnie gospodarze ze wsi Szczygłowa, odległej o milę od Wieliczki, w której panowała epidemia błonicy, z dziećmi zdrowemi, prosząc o zastrzyknięcie surowicy w celach zapobiegawczych (profilaktycznych), co też uczyniłem, wstrzykując po 1000 j. B., z dodatnim skutkiem.

Na tem miejscu składam Wielmożnemu Panu Profesorowi Bujwidowi podziękowanie za zachęcenie mnie do doświadczeń nad surowicą przestarzałą i za udzielenie mi w tym celu surowicy.

Wieliczka, dnia 15 listopada, 1899 roku

V. Wyciągi.

Kapsammer. **O pierwotnej gruźlicy gruczołu krokowego,** (*Wiener klin. Wochens.* 1899, Nr. 41). Jeszcze niedawno uważano pierwotną gruźlicę gruczołu krokowego za rzecz nadzwyczaj rzadką. Dopiero badania ostatnich 6 lat dowiodły, że gruczoł krokowy nietylko prawie zawsze uczestniczy w gruźlicy innych odcinków narządu moczopłciowego, ale że bywa on nieraz pierwotnym punktem wyjścia sprawy gruźliczej. Ponieważ jednak pierwotna gruźlica gruczołu krokowego jest bądź co bądź mało jeszcze zbadaną, przeto podaje K. trzy jej przypadki z kliniki Alberta. Pierwszy dotyczy 17 l., chłopca, który nigdy nie spółkował, a zatem przez obcowanie płciowe zakazić się gruźlicą nie mógł. Choroba rozpoczęła się od obrzmienia jądra prawego, któremu towarzyszyły objawy, wskazujące niewątpliwie na zajęcie gruczołu krokowego: częste moczenie z pieczeniem w okolicy krocza, bolesne parcie na mocz. Chorego badano sondami w kierunku obecności kamienia, co stan tylko pogorszyło; później wystapiło przebicie ogniska gruźliczego do odbytnicy, a prawdopodobnie równocześnie do pęcherza, poczem stan podmiotowy nieco się poprawił. W 9 miesięcy po początku choroby wystąpił suchy kaszel, a jeszcze w miesiąc potem nie można było fizycznem badaniem wykryć żadnych zmian w płucach, co dowodzi, że stwierdzona później klinicznie i anatomicznie gruźlica szczytów płuc rozwinęła się dopiero następowo. Sądząc z obrazu klinicznego, w którym długi czas samotnie trwały zmiany samego tylko gruczołu krokowego, należy w tym narządzie upatrywać pierwotnego siedliska choroby, pomimo, że w dalszym toku choroby wystąpiły zmiany innych także części narządu moczopłciowego, a wreszcie nerek i otrzewnej, które stwierdzono potem przy sekcyi. K. sądzi, że częsty samogwałt, któremu oddawał się chory, stworzył w gruczole krokowym *locus minoris resistentiae* dla osiedlenia się i zadziałania krążących we krwi prątków gruźliczych. Drugi przypadek dotyczy 57 l. mężczyzny, u którego z wszelką pewnością twierdzić można, że gruczoł krokowy był pierwotnie i długi czas wyłącznie gruźlicą zajęty, wprawdzie bowiem wykazano klinicznie stwardnienie prawego przyjądrza, lecz miało ono istnieć według podania chorego od lat już wielu i aż do końca pobytu na klinice wcale się nie zmieniło, z czego wnosić można, że nie była to sprawa gruźlicza. U chorego tego wytworzyła się przetoka gruźlicza w kroczu, a później prócz tego przebiło ognisko gruźlicze gruczołu krokowego do odbytnicy i pęcherza, poczem także pęcherz zajęty został sprawą chorobową. Mimo tak znacznych zmian nie występowały u chorego bardzo długo (aż na miesiąc przed wstąpieniem do kliniki), żadne zaburzenia w moczeniu, oddawaniu stolca i zdolności płciowej. Wskutek leczenia chirurgicznego i wkraplań gwajakolu jodoformowego do pęcherza wyszedł chory z kliniki ze znacznem polepszeniem. W trzecim przypadku u 22 l. chorego pojawił się w 14 dni po spółkowaniu ropiasty skąpy wypływ z cewki, po dwóch dalszych tygodniach występują strzępy serowate wśród obfitego wypływu ropiastego, co oczywiście wskazywało na przebicie ogniska gruźliczego gruczołu krokowego do cewki moczowej. W rok potem nastąpiło jeszcze przebicie do odbytnicy. Prątków gruźliczych w tym przypadku nie wykazano, co zresztą nie powinno zadziwiać, gdyż według Guyona w 50% przypadków gruźlicy dróg moczowych prątków w moczu znaleść nie można. Ze względu na usadowienie się zmian pierwotnych w części krokowej cewki nie można i w tym także przypadku myśleć o zakażeniu przy obcowaniu płciowem; autor sądzi, że czynnikiem sprzyjającym osiedleniu się prątków w gruczole krokowym był w tym przypadku częsty *coitus*, prątki zaś i w tym, jak w obu poprzednich przypadkach, dostały się drogą ogólnego krwi obiegu do gruczołu. Zresztą nie jest to rzeczą pewną, jak wogóle szczegółowa etyologia pierwotnej gruźlicy narządu moczopłciowego, a w szczególności gruczołu krokowego, dużo posiada stron zupełnie nie-

wyjaśnionych. Może z czasem rozjaśnią się one przez obfitsze, a dokładne badania anatomiczne i staranniejsze badanie kliniczne. Objawy gruźlicy gruczołu krokowego są bardzo rozmaite i zmienne: pomijając wykazanie prątków w wydzielinie gruczołu, należy zwracać uwagę na trudności w moczeniu, oddawaniu stolca, uczucie ciężkości w kroczu, bolesny, a niekiedy krwawy wytrysk nasienia; czasem zdarza się przy zajęciu gruźliczem zwieracza pęcherza mimowolne moczenie kroplami. Zresztą według Marwedela, w $^1/_3$ przypadków brakuje zgoła objawów klinicznych. — Oprócz pierwotnej, zdarza się też następowa gruźlica gruczołu krokowego według Heiberga częściej w gruźlicy kości, niż w gruźlicy płuc. Zakażenie może powstać drogą krwi bezpośrednio z otoczenia, jeśli już inne części narządu moczopłciowego są zajęte gruźlicą. Może być także, że punktem wyjścia bywają wrzody gruźlicze jelit, skąd prątki przenoszą się w głąb wzdłuż *plexus haemorrhoidalis et pudendovesicalis*. — Brama zakażenia w pierwotnej gruźlicy gruczołu krokowego jest natomiast dotąd niezbadaną. O ile pierwotna gruźlica narządu moczopłciowego u kobiet może powstać wskutek zakażenia przez spółkowanie, o tyle u mężczyzn jest to mało prawdopodobne. Zresztą nawet w takim razie należałoby się spodziewać siedliska pierwotnych zmian na prąciu, a gruczoł krokowy byłby dopiero wtórnie zajęty. Wykluczając zakażenie bezpośrednie gruczołu krokowego, pozostaje przyjąć tylko zakażenie pośrednie, drogą krwi. Możebności względnego samowyleczenia się gruźlicy gruczołu krokowego, (otorbienie i zwapnienie ognisk serowatych) dowodzą 3 przypadki Krzywickiego. Częściej jednak sprawa szerzy się coraz dalej, przebijając do odbytnicy i cewki lub pęcherza, czasem na krocze, a niekiedy dając powód do gruźlicy ogólnej prosówkowej. Najczęstsze zdaje się być przebicie do odbytnicy. (W leczeniu obok miejscowego chirurgicznego, przy którem zaleca autor, jako skuteczne, wkraplania gwajakolu, należy nie zapomnieć o leczeniu ogólnem). *Ciechanowski.*

Dr. Akopenko. **Przyczynek do sprawy leczenia barwami** *(chromoterapia)* **chorób umysłowych. Wpływ promieni barwnych na szybkość czynności psychicznych.** *(Wracz*, Nr. 35 i 36, 1899). Od dość dawna znaną jest rzeczą, iż światło wogóle, jak również i oddzielne promienie barwne, wywiera pewien wpływ na ustrój ludzki; już w r. 1876 Ponza a za nim Taguet i Davies próbowali leczyć niektóre choroby umysłowe zapomocą światła kolorowego; dotychczas jednakże nie przeprowadzono w tym kierunku ścisłych badań i przeważnie błądzono poomacku. Autor, wychodząc z założenia, iż dotychczas leczenie chorób umysłowych stoi b. nizko i że z tego względu nie należy gardzić żadnym środkiem, który może przynieść choćby ulgę wielu nieszczęśliwym, przeprowadził w pracowni i pod kierunkiem prof. Bechterewa szereg ścisłych (psychometrycznych) doświadczeń nad wpływem promieni barwnych na szybkość czynności psychicznych u człowieka, używając do tych doświadczeń ludzi inteligentnych i przeciętnie zdrowych. Na zasadzie tych doświadczeń autor przychodzi do następujących wniosków: światło kolorowe wywiera stanowczo wpływ na szybkość czynności psychicznych i przytem różne promienie wywierają wpływ różny, zależnie od położenia w widmie: promienie czerwone działają najbardziej ożywiająco i przyspieszająco na czynności psychiczne, przyczem zmienia się także nastrój człowieka badanego; czuje się on żwawszym, weselszym, dzielniejszym, odczuwa potrzebę ruchu, działania (prócz tego zauważył autor u osób badanych ustępowanie bólu głowy pod wpływem światła czerwonego). Barwa żółta zdaje się nie wywierać wyraźnego wpływu ani na szybkość czynności psychicznych, ani też na nastrój, co autor tłómaczy tem, iż barwa żółta zbliża się dość znacznie do światła dziennego i ztąd wpływ jej uchwycić się nie daje. Poczynając od barwy zielonej i idąc w kierunku promieni chemicznych widma, daje się zauważyć wprost przygniatający wpływ tych promieni: barwa zielona wpływa na niektórych badanych jeszcze tylko uspokajająco; czynności psychiczne odbywają się u nich nieco wolniej, wyobraźnia milknie, a występuje uczucie spokoju; inni jednak badani odczuwali już tylko przygnębienie. W kierunku promieni fiołkowych wpływ ten przygniatający, zwalniający czynności psychiczne, wzmaga się i dosięga szczytu przy promieniach fiołkowych, które nadzwyczaj silnie wpływają na obniżenie szybkości czynności psychicznych i na ustrój. Prócz tego, przy dłuższym pobycie w świetle fiołkowem, chorzy dostają bólu głowy. Co się tyczy własności wspólnych wszystkim barwom, to: 1) *maximum* wpływu na ustrój osiągają one w 1-szej godzinie działania, później ustrój przystosowuje się i przyzwyczaja do nich; 2) wpływ ten nie ustępuje zaraz po zmianie oświetlenia, a być może następowo w świetle dziennem nawet wzmaga się; 3) najsilniejszy wpływ wywierają dane promienie w pierwszych dniach działania, później wpływ ten zmniejsza się, jednak wystarcza 3—4-dniowa przerwa, aby wpływ ten wystąpił w dawnej mocy. Opierając się na tych doświadczeniach, autor rozpoczął obecnie szereg doświadczeń klinicznych nad wływem barw na umysłowo chorych i przyrzeka wyniki tych doświadczeń również ogłosić drukiem. *Dr. Gliński.*

Prof. Dr. Jonnesco (z Bukaresztu). **O wycięciu zwoju górnego nerwu spółczulnego w przypadkach jaskry.** *(Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 18, 1899). Technikę operacyi opisuje autor w sposób następujący: cięcie skórne przebiega od górnego kąta szczęki dolnej wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-sutko-obojczykowego. Odpreparowany mięsień odciąga się ku tyłowi i zewnątrz, krtań zaś ku przodowi. Po przecięciu powięzi głębokiej szyi przesuwa się tętnicę dogłowową i nerw błędny ku przodowi, żyłę szyjną zaś ku tyłowi i po przecięciu powięzi przedkręgosłupowej, odszukuje się wspomniany zwój nerwowy i wyrywa go się po przecięciu gałązek do- i odprowadzających. Tę operacyę wykonywa i zaleca autor w przypadkach jaskry, wychodzi bowiem z założenia, że przyczyną tego cierpienia jest silne podrażnienie nerwu spółczulnego, który podrażniony, wywołuje rozszerzenie źrenicy, skurcze mięśni gładkich gałki ocznej i wzmożone wydzielanie się cieczy wodnistej, a tego wszystkiego następstwem jest nadmierne napięcie gałki ocznej i utrudniony odpływ cieczy wodnej. Po wyjęciu zwoju ustępuje podrażnienie nerwu, a w dalszym ciągu i objawy przez nie wywołane.

Najlepsze wyniki widział Jonnesco w przypadkach jaskry prostej *(glaucoma simplex)* i w przypadkach jaskry przewlekłej bez okresu zwiastunów, w których wycięcie tęczówki mało skutkuje. Wynik był nawet dodatni tam, gdzie poprzednio wykonane wycięcie tęczówki pozostało bezskuteczne. W innych przypadkach jaskry wyniki operacyi są problematyczne, gdyż w tych, oprócz zadrażnienia nerwu spółczulnego, występują objawy zapalne w samej gałce ocznej. Operacyę wykonał w ośmiu (8) przypadkach, z tych trzy (3) razy bez wyniku dodatniego. *Dr. E. Karchesy.*

Babiński & Charpentier. **Zniesienie odruchów źrenicznych i jego stosunek do kiły.** *(Annal. de dermat. et syph.* 1899, 7). Autorowie starają się wykazać, że zniesienie odruchów źrenicznych, a w szczególności oddziaływania na światło, jeżeli jest stałe i nie zależy ani od zmian samego oka, lub nerwu wzrokowego, ani też nie towarzyszy porażeniu nerwu okoruchowego, — stanowi prawie swoistą oznakę kiły bądźto dziedzicznej, bądź nabytej. Punktem wyjścia do tego przypuszczenia było zniesienie oddziaływania na światło, istniejące prawie zawsze w wiądzie rdzenia pacierzowego, którą to chorobę uważają autorowie zgodnie z Fournierem i licznymi jego zwolennikami wprost za przejaw kiły. Aby sprawdzić swoje z góry powzięte, a na bądźcobądź zawsze jeszcze tylko przypuszczalnym związku wiądu z kiłą oparte mniemanie, zbadali autorowie dokładnie odruch źreniczny u 1200o sobników prawidłowych (zdrowych żołnierzy), a stwierdziwszy, że był on we wszystkich tych przypadkach prawidłowy, zbadali z kolei dzieci, obarczone kiłą dziedziczną, a należące do 5 rodzin, dalej 10 osób z kiłą nabytą i 2 osoby z nie-

pewnem rozpoznaniem kiły. We wszystkich tych przypadkach źrenice nie oddziaływały na światło, wobec czego uważają autorowie objaw ten za bardzo pomocny w rozpoznawaniu kiły. Ze względu na szczupłą swą statystykę wahają się jeszcze autorowie uznać go za objaw swoisty; w każdym razie zachęcają syfilidologów i neuropatologów do dalszych badań w tej sprawie. *Z.*

Prof. F. Krause. **O operacyjnem leczeniu ciężkich nerwobólów potylicznych.** *(Archiv f. klin. Chirurg.* T. 59, Z. II). Nerwy potyliczne, duży i mały i n. uszny duży przebiegają w blizkiem sąsiedztwie tak, że w przypadkach nerwobólu trudno oznaczyć, która gałąź jest jego przyczyną, W dodatku często spotykamy tu przeróżne odmiany anatomiczne, o czem chirurg pamiętać musi. Cięcie skórne prowadzi K. 3 ctm. poniżej guzowatości kości potylicznej w pobliżu linii środkowej, poczem prawie poziomo posuwa się ku wyrostkowi sutkowemu, nie dochodzi jednak do tego ostatniego na 2 ctm. i schodzi skośnie ku dołowi i przodowi po tylnej krawędzi m. mostko-sutko-obojczykowego aż do wysokości kości gnykowej (więc około 7 ctm.). Całe prawie cięcie przebiega w skórze owłosionej, — okoliczność korzystna ze względu na póżniejszą bliznę. Obwodowe gałązki nerwów odszukujemy, odpreparowując górny brzeg rany. Pień zaś centralny nerwu potylicz. dużego przechodzi przez ścięgno m. kapturowego, okazuje się następnie na wewnętrznym brzegu m. kłębkowatego *(splenius)*, a w dalszym przebiegu przebija znów gruby m. półościowy *(semispinalis capitis)* i tu zwykle tworzy jeden pień. By módz śledzić dalej za nim, potrzeba przeciąć poprzecznie m. kłębkowaty i półościowy. Widzimy wtedy, że n. potyliczny wielki, a obok niego n. potyliczny trzeci, jako gałązka 3 gałęzi nn. szyjowych, leży na tylnej powierzchni m. prostego tylnego głowy wielkiego (rectus capitis posticus maior) a potem na tejże powierzchni m. skośnego dolnego głowy (obliquus capitis inferior).

Pień II n. szyjnego wraz z odpowiednim zwojem leży zewnątrz kręgów, więc bez naruszenia kości możemy wyłuszczyć ten zwój, wykonać zatem możemy operacyę równoznaczną z wycięciem zwoju Gassera przy nerwobólu n. trójdzielnego.

Nerw potyliczny mniejszy, wraz z nerwem usznym, spotykamy zwykle na tylnym brzegu m. mostko obojczykosutkowego na wysokości kości gnykowej. Zwykle ten ostatni bywa najgrubszym ze wszystkich nerwów, wychodzących ze splotu szyjnego.

Po takiej operacyi, mimo, że i gałązki ruchowe zostały poprzecinane, nie widział K. złych następstw.

Herman.

Rositzky. **Prosty sposób odkażania odzieży zapomocą formalinu, nadający się dla lekarzy praktycznych.** *(Münch. med. Wochs.* 1899, 42). Zasada pomysłu R. jest znany sposób Czaplewskiego, względnie Prausnitza, w którym zamiast kosztownych przyrządów rozpyla się formalinę z parą wodną zapomocą dość prostego rozpylacza. R. zmierza do tego, aby lekarze praktyczni łatwo mogli odkażać swoją własną odzież, która w pewnych warunkach mogłaby pośredniczyć w rozszerzaniu się jakiejś choroby zakaźnej, a która do odkażenia parą wodną potrzebuje więcej czasu i przy tem się niszczy. W tym celu poleca R. zwykły blaszany kociołek, ogrzewany lampką spirytusową, którego pokrywa połączona jest rurką kauczukową ze szklanną rurką, tkwiącą w ścianie niewielkiej szafy. Można do tego celu użyć dowolnej szafy, lub zbudować nieco szczelniejszą od zwykłej tanim kosztem. Odzież w szafie należy szeroko rozwiesić, a szczeliny zalepić gliną, lub zatkać wałeczkami z waty (używanymi w zimie do okien). Rurka szklanna kończy się wewnątrz szafy zwykłem zakończeniem rozpylającem (spray), zanurzonem w miseczce, zawierającej 100 ctm.^{3} 40$^0/_0$ formaliny; nalawszy do kociołka blaszanego $^1/_2$ litra wody i ogrzawszy go przez $^1/_2$ godziny, kończy się rozpylanie, a pozostawiając szafę zamkniętą, przedłuża działanie rozpylonej cieczy do 9 godzin. Jest to czas wystarczający do odkażenia odzieży, jak przekonał się R. w doświadczeniach z sukniami, zakażonemi prątkami błoniczym, okrężnicowym i gronkowcem. Aby uwolnić odzież od zapachu formaliny, można na $^1/_2$ godziny przed otwarciem szafy przepuścić przez nią pary amoniaku, używając na 100 cm.^{3} rozpylonej formaliny 250 ccm. 10$^0/_0$ roczczynu amoniaku (z apteki) lub 100 ccm. 25$^0/_0$ roczczynu (sprzedawanego w handlach). Gotowe przyrządy sprzedaje firma Baumann, Wiedeń VII, Florianigasse. *C.*

Doc. Dr. S. Gottschalk. **Działanie styptycyny przy krwawieniu z narządów rodnych niewieścich.** *(Therapie der Gegenwart.* Sierpień 1899). Styptycynę, jużto w postaci miąższowych wstrzykiwań, już też wewnętrznie, uważa autor za lek dobrze i pewnie działający, nie mający innych ubocznych wpływów, jak chyba działanie nieco uśmierzające. Skuteczność styptycyny autor stwierdził w przypadkach krwawień czysto klimakterycznych, w przypadkach złego zwinięcia się macicy po porodzie, względnie poronieniu, jeżeli ten brak dobrego zwijania się nie pochodzi od zatrzymania części składowych jaja płodowego; następnie w przypadkach krwawień, spowodowanych schorzeniem przydatków i tkanki okołomacicznej; dalej w przypadkach krwawień wskutek przekrwienia, w przypadkach włókniaków, jeżeli one nie są podśluzowo umieszczone, wreszcie w przypadkach krwawień wskutek grożącego poronienia, skoro jeszcze niema wyraźnych skurczów macicy.

Działanie styptycyny zdaje się autorowi polegać na oddziaływaniu na ośrodki oddechowe mózgu i rdzenia, jakoteż na nerw spółczulny; środek ten leczniczy zwalnia ruchy oddechowe i obniża następowo ciśnienie krwi. Ten sposób działania tłómaczy powstrzymywanie krwotoków płucnych przez podawanie styptycyny. *St. D.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thiocol zaleca Schnirer w zastępstwie kreozotu przeciw gruźlicy płucnej. Przetwór ten stosuje autor od dwóch lat z wynikiem bardzo dobrym, a wobec tego, iż w przeważnej liczbie przypadków pacyenci należeli do klasy robotników i nie byli w możności przez odpowiednią zmianę życia korzystnie współdziałać w zwalczaniu choroby, przypisuje autor owe dobre wyniki działaniu tiokolu. Tiokol nie działa żrąco, jest bezwonny, a w wodzie się rozpuszcza. Schnirer podaje ten przetwór w dawkach od 3—6 grm. dziennie w proszkach, albo w roczczynie, wraz z syrupem malinowym, lub też w końcu w postaci siroliny. *J. L.*

Sulfosot, kreozotosiarkan potasowy, znajdujący się w handlu z powodu swej higroskopijności jako *Syrupus Sulfosoti*, jest przetworem bezwonnym, smaku gorzkawo-słodkawego. Schnirer zaleca go również w gruźlicy płuc. Działa tak jak tiokol, jest jednak od tego o wiele tańszym. *(Klin. therap. Wochenschrift, Nr. 36, 1899).* *J. L.*

Iridinum przedstawia się jako proszek brunatny, w wyskoku rozpuszczalny (otrzym. z *Iris versicolor)*. Przetwór ten oddawna bywa stosowany w Ameryce jako *catharticum, cholagogum, emeticum* i *diureticum.* W nowszych czasach polecają irydyn lekarze angielscy, jako środek podniecający wydzielanie się żółci, a jak to Bain wykazał, podniecenie to odnosi się nie tylko do ilości żółci, ale także do ilości jej składników stałych. Według Rutherforda potęguje się działanie irydynu, jeżeli podaje się go z żółcią wołu, przepisując: *Rp. Iridini, Bilis rectif. siccat. aa 5·00 Mucilag. gummi arab q. s. ut fiat mass. pill. D. pill. Nr. 100, Consp. pulv. Cinnam. S. 4 pigułki przed spaniem.* Rano dnia następnego należy zażyć środek przeczyszczający. *(L'Independence 25. 1899 p. Allg. Wr. med. Ztg. 30. 1899).* *J. L.*

Dormiol, środek działający kojąco, doświadczał Meltzer na licznym materyale umysłowo chorych i zauważył u mężczyzn w 75%, a u kobiet w 80% przypadków znaczne uspokojenie się chorych, przedtem bardzo niespokojnych. U osób nerwowych lub będących w stanie lekkiego podniecenia umysłowego wystarczała dawka 0·5 grm. dormiolu do wywołania snu spokojnego. Dawki 2 do 3 grm., podawane w przypadkach cięższych, nie wpływały ujemnie

na tętno i oddechanie. Dormiol podawano w rozczynie wodnym 1:5 lub 1:10, albo też w postaci mięszanki: *Dormioli, Mucilag. gummi arab, Syrup. simpl. aa. 10·0 Aquae destillatae 120·0 MDS. Podać 1—2 łyżek po poprzedniem silnem zakłóceniu.* Dormiol rozpuszcza się również w olejach tłustych, można go przeto podawać w postaci kapsułek żelatynowych. *(Therap. Revue d. Allg. Wr. med. Ztg. 30. 1899).* *J. L.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 8 listopada 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Pieniążek. — Członków obecnych 26.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Na przewodniczącego Komisyi przedwyborczej dla wyboru urzędników Towarzystwa na rok przyszły wybrano w myśl wniosków komitetu kol. prof. Jakubowskiego, na członków koll.: Borzęckiego, Bossowskiego, Browicza, Buzdygana, Drobę, Filipkiewicza, Górskiego, Grażyńskiego, Gwiazdomorskiego, Jungera, Kędziora, Kirschnera, Krzyształowicza, Kostaneckiego, Lustiga, Landaua Jana, Reissa, Rosenblatta, Rutkowskiego, Schoenguta, Ściborowskiego, Spirę, Surzyckiego i Świtalskiego.

Na członków czynnych przyjęto koll. Drobę Stanisława, Urbanika Ryszarda, Gawlika Jana i Majewskiego Juliana.

Kol. Borzęcki przedstawił przypadek *mycosis phungoides* u 45-cioletniego mężczyzny i omówił zapatrywania na istotę tej choroby. Choroba rozpoczyna się okresem wypryskowym, drugi okres cechuje się naciekami w skórze, trzeci wytworzeniem guzów. Podczas całego przebiegu choroba jest przyczyną silnego świądu, bardzo chorym dolegającego. U przedstawianego chorego można obserwować w różnych miejscach skóry wszystkie trzy okresy choroby. Trzeci okres uwydatnia się dwoma guzami na przedniej powierzchni klatki piersiowej w okolicy dołków Mohrenheima, płaską guzowatością w skórze okolicy lędźwiowej lewej i w skórze uda prawego. Chory ma być operowany przez kol. Bossowskiego w szpitalu Bonifratrów.

W rozprawach brali udział koll.: Bossowski, Zarewicz, Pieniążek i Browicz.

Kol. Krzyształowicz mówił: »O leczeniu liszaja żrącego metodą Unny«. (Rzecz przeznaczona jest do druku). Wykład połączony był z demonstracyami chorych, dowodzącemi, że nowa metoda daje wyniki bardzo korzystne. Obecni podziękowali prelegentowi żywymi oklaskami.

W dyskusyi kol. prof. Zarewicz podnosił, że liszaj żrący jest chorobą w zasadzie uleczalną. Jeżeli wyniki leczenia dotychczas nie były dobre, to dlatego, że brak nam było odpowiedniej metody. Taką metodą może się okazać metoda Unny. Jej zaletami są: 1) że sprowadza blizny gładkie, ładne, 2) że oszczędza, o ile możności, tkanki zdrowe, 3) że przez połączenie metody diaskopii z metodą kołkowania pozwala wyśledzić i usunąć poszczególne ogniska chorobowe.

W rozprawach zabierali obok tego głos koll.: Borzęcki, Boczar, Bossowski i Sroczyński.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

XXIII. Zgromadzenie ogólne, odbyte w dniu 7 kwietnia 1899 r.

Członków obecnych 26. Przewodniczący Radca Dworu Prof. Dr. E. Korczyński.

1. Przewodniczący wyjaśnia, że obecne Zgromadzenie Ogólne jest właściwie XXIV z rzędu, albowiem pierwsze Zgromadzenie, odbyte w dniu 1 listopada 1875 r., dotyczyło zawiązania i ukonstytuowania się Towarzystwa.

2. Na wniosek Przewodniczącego zgromadzeni przez powstanie oddali cześć zmarłym członkom Wydawnictwa, w pierwszym rzędzie ś. p. Prof. Drowi Alfredowi Obalińskiemu i Drowi Ludwikowi Wiszniewskiemu, którzy od początku założenia Towarzystwa byli gorliwymi członkami Wydziału, jak niemniej Drowi Stanisławowi Janie, Drowi Witoldowi Jaroszyńskiemu, Drowi Romanowi Jasińskiemu i Drowi Władysławowi Madejskiemu.

3. Co do postępu wydawnictw dzieł, zawiadamia Przewodniczący, że II wydanie Podręcznika chorób żołądka Prof. Dra Jaworskiego, dedykowane Prezesowi Wydawnictwa, zostało ukończone i rozesłane członkom i prenumeratorom Wydawnictwa, jako premium bezpłatne za rok 1897.

Jako bezpłatne premium za r. 1898 rozesłano członkom i prenumeratorom Wydawnictwa dzieło Dra Wilhelma Piska pod tyt. Terapia chorób serca i naczyń krwionośuych, Cz. I, łaskawie przez autora Wydawnictwu ofiarowane i jego własnym kosztem wydane, a Prezesowi Wydawnictwa, na Jego 25-letni jubileusz zawodu profesorskiego, poświęcone.

4. Trzeciem z rzędu dziełem, którego druk zbliża się do ukończenia, jest dzieło oryginalne Prof. Dra L. Wachholza pod tyt.: Podręcznik Medycyny Sądowej, które autor poświęcił również Prezesowi, jako dar jubileuszowy Jego 25-letniej działalności profesorskiej. Dzieło to rozesłane zostanie członkom i prenumeratorom Wydawnictwa, jako premium bezpłatne za rok 1899 i 1900.

Wobec kosztownych wydań Podręcznika chorób żołądka Prof. Dra Jaworskiego i Podręcznika Medycyny Sądowej Prof. Dra L. Wachholza, wydatki Wydawnictwa znacznie się zwiększyły, albowiem koszta wydania pierwszego dzieła wynosiły łączną kwotę 917 złr. 41 ct. w. a., koszta zaś wydania dzieła Prof. Wachholza wynosiły kwotę 2179 złr. 56 ct. w. a.

5. Na wniosek komisyi kontrolującej, złożonej z Dra M. Buzdygana i Dra J. Różeckiego, uchwalono Wydziałowi Wydawnictwa absolutoryum z rachunków za rok 1898 i wybrano tych samych członków do komisyi kontrolującej rachunki z roku 1899.

6. Do Wydziału Wydawnictwa wybrano tych samych członków, a w miejsce zmarłego Prof. Obalińskiego, członkiem Wydziału obrano Dra St. Kwiatkowskiego, podskarbiego i administratora Wydawnictwa. Zastępcą członka Wydziału mianowano Dra Gustawa Bielańskiego c. k. starszego lekarza powiatowego w Krakowie.

7. Przewodniczący zawiadamia o staraniach, jakie podjął co do wydania następnych dzieł. Dotyczą one Chirurgii, Balneologii i Anatomii patologicznej. Rokowania z autorami nie są jeszcze ukończone, nie ulega jednak wątpliwości, że w następnym roku rozpocznie się druk dzieła nowego, które powiększy liczbę dzieł oryginalnych, dotychczas wydanych.

8. Na wniosek Wydziału Zgromadzenie mianowało jednogłośnie członkami honorowymi Wydawnictwa Profesora Dra Przemysława Pieniążka, który bezintesownie odstąpił Wydawnictwu cały nakład swego dzieła pod tyt. »Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy«, jak niemniej »Uzupełnienie« do tego dzieła, które w roku 1887 przez Wydawnictwo wydanem zostało i Dra Wilhelma Piska, który nietylko odstąpił Wydawnictwu bezpłatnie rękopis dzieła pod tyt. »Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych« Cz. I, ale nawet poniósł koszta wydania tego dzieła, chcąc w ten sposób dostarczyć Wydawnictwu bezpłatnego premium, należącego się członkom Wydawnictwa za rok 1898.

9. Sekretarz, podskarbi, a zarazem administrator Wydawnictwa, zdaje sprawę ze stanu liczebnego członków, oraz funduszów Wydawnictwa, a mianowicie:

Z końcem roku 1897 liczba członków wynosiła 268 (3 członków honorowych, 90 czynnych, 175 prenumeratorów). W ciągu roku 1898 umarło członków czynnych 3, prenumeratorów 2; wstąpiło prenumeratorów 17, pozostaje więc z końcem roku 1898 3 czł. honowych, 87 członków czynnych i 190 prenumeratorów; razem 280.

10. Dochód wynosił w roku 1898 584 złr. ct 8 w. a. (a mianowicie pozostałość z r. 1897 złr. 20 ct. 92 w. a., wkładki członków i prenumeratorów 276 złr. 88 ct. w. a. Odsetkt od papierów wartościowych złr. 112; ze sprzedaży książek złr. 161 ct. 96 w. a., zwrot portoryum od przesyłki premii złr. 12 ct. 32).

Rozchód wynosi 1593·78 złr w. a. (a mianowicie: reszta kosztów druku »Podręcznika chorób żołądka« Prof. Jaworskiego 652·24 złr.; część kosztów dzieła Prof. Wachholza »Podręcznik medycyny sądowej« 711·11 złr., portorya premii dla członków i prenumeratorów, oraz książek sprzedanych 51·85 złr. Koszta ściągania wkładek zaległych 7·56 złr. Koszta administracyi i wydatki kancelaryjne 158·18 złr., niedobór zatem

z roku 1898 wynosi 1009·70 złr. w. a., który pokryto z majątku Towarzystwa.

Majątek Towarzystwa, który z końcem roku 1897 wynosił 5775·53 złr. w. a., wynosi z końcem grudnia 1898 kwotę 4854·32 złr. w. a. Z tego 2711·80 złr. w obligacyach propinacyjnych galicyjskich, 2061·15 złr. na książeczkach wkładkowych, 81·37 złr. w gotówce.

11. Sekretarz Wydawnictwa Dr. Kwiatkowski zdaje sprawę ze stanu sprzedaży dzieł, z którego wynika, że różnica zwrotu kosztów nakładów wszystkich dotychczasowych dzieł (prócz Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej i trzech ostatnich dzieł) wynosi jeszcze 1079·55 złr. w. a.

12. Przewodniczący dziękuje Zgromadzonym za gorliwy udział w pracach Wydawnictwa i prosi o dalsze poparcie.

13. W tej chwili, gdy Przewodniczący zamierzał zamknąć posiedzenie, podniósł się Zastępca Prezesa, Prof. Dr. Stanisław Domański i obejmując przewodnictwo „pod nieobecność Przewodniczącego", — na podstawie jednogłośnej uchwały Wydziału Wydawnictwa, przedstawia następujący wniosek Wydziału:

„Zgromadzenie ogólne Członków Wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie, w uznaniu zasług Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego na polu krzewienia piśmiennictwa lekarskiego polskiego wogóle, a w szczególności w uznaniu Jego niezmordowanej i długoletniej dla Wydawnictwa działalności i pomnąc, że Wydawnictwo Jemu zawdzięcza swoje powstanie, Jego pieczołowitości swój rozwój, uchwala zmianę § 1. dotychczasowego Statutu w tem brzmieniu, by odtąd (po zatwierdzeniu rządowych Władz) Wydawnictwo nosiło miano: Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego«.

Wniosek ten przez aklamacyę został przyjęty, poczem zastępca Przewodniczącego, Prof. Dr. St. Domański, konstatując jednomyślność, oświadczył, że uchwałę tę poda do wiadomości c. k. Namiestnictwa. (Tę zmianę Statutu zatwierdziło rzeczywiście c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 24 czerwca 1899).

Dr. St. Kwiatkowski, sekretarz.

VIII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

XIII. Escherich (z Gracu): *Badania nad chorobliwością (morbiditas) dzieci w rozmaitym wieku.* Dla porównań i zestawień statystycznych, dotyczących wieku dziecięcego można użyć przypadków, będących w tym samym wieku. E. ugrupował przypadki ostatnich czterech lat (1895—1898 włącznie) podług wieku i podług miesiąca roku, w którym je obserwowano w szpitalu św. Anny. W badaniach tych pospieszył autorowi z pomocą profesor statystyki Mischler, a Akademia Umiejętności udzieliła znacznej zapomogi*). Zestawienia wykonał E. według następującego szematu:

a) wszystkie przypadki jednego rodzaju dodawał i otrzymywał w ten sposób linię krzywą chorobliwości wieku dziecięcego;

b) wszystkie rodzaje choroby grupował razem, a udział każdej gromady w chorobliwości ogólnej każdego roku życia obliczał i przedstawił graficznie;

c) wszystkie przypadki jednego rodzaju choroby dodawał, a udział każdego roku życia oznaczał odsetkowo. Otrzymuje się w ten sposób dla każdej choroby linię krzywą wieku, której szczyt przypada na te lata, w których choroba ta najczęściej się pojawia;

d) dla każdej choroby wykreśla się krzywą miesięcy, a wyraźne i stałe różnice są wskazówką dla etyologii i patogenezy.

Wnioski badań swych zbiera E. w następujące twierdzenia:

1) Wiek dziecięcy okazuje wielką skłonność do chorób, która od pierwszego roku życia się zmniejsza, a odpowiednio do wieku dziecka rodzaj i przebieg choroby ulega pewnym prawidłowym zmianom, spowodowanym z jednej strony przez właściwości fizyologiczne ustroju, z drugiej przez warunki zewnętrzne, które w tym samym wieku życia są regularniejsze u dzieci, aniżeli u dorosłych.

2) Powolny rozwój narządów u osesków objawia się czynnościowem osłabieniem narządu trawienia i niedostateczną zdolnością przystosowania się do życia pozapłodowego.

3) W drugiej połowie pierwszego roku życia rozpoczynają się zaburzenia w budowie rosnącego ustroju (krzywica, niedokrewność, zołzy), a dosięgają punktu kulminacyjnego w drugim i trzecim roku życia. W tym wieku pojawiają się wskutek nieczystości dzieci choroby, polegające na zakażeniu, jak: błonica, krztusiec, gruźlica miejscowa, pasorzyty narządu trawienia itd.

4) Od 5-go roku życia równocześnie z rozpoczęciem uczęszczania do szkół pojawiają się choroby osutkowe ostre z następowemi chorobami serca i nerek. W wieku tym, wskutek nadmiernego wytężenia fizycznego i umysłowego, pojawiają się tak zwane choroby szkolne (*Schulkrankheiten*). Zresztą choroby tego okresu zbliżają się bardzo do wzoru chorób u dorosłych. (Gościec stawowy, zapalenie śródsierdzia, dur, zapalenie płuc dławcowe, taniec św. Wita, nerwice czynnościowe itp.).

5) Z przewlekłych chorób zakaźnych mnożą się z wiekiem przypadki gruźlicy, podczas gdy liczba przypadków kiły się zmniejsza. W wieku dziecięcym przeważa skłonność do gruźlicy miejscowej, szczególnie narządu chłonnego. Gruźlica prosówkowa również najczęściej pojawia się do 4-go roku życia.

6) Ponieważ wiek dziecięcy należy uważać za okres przygotowawczy do walki o byt w wieku dojrzałym, przeto zadaniem lekarza jest zapobiedz niestosunkowi, któryby się mógł wytworzyć pomiędzy szkodliwościami działającemi, a stanem zdrowia odpowiednego osobnika.

XIV. Biedert (z Hagenau): *Stacya dla badania żywienia, jako konieczność naukowa, państwowa i humanitarna.* Na podstawie przedłożonego szematu, który ma uzasadnić konieczność utworzenia podobnego zakładu, omawia prelegent żywienie dzieci. Co do mleka matki, należy zwrócić uwagę na skład jakościowy mleka, na własności chemiczne pojedynczych jego składników (Biedert, E. Pfeiffer, Camerer i Söldner, Schlossmann, Siegfried, Wróblewski, Szontagh, Knöpfelmacher) i na czystość ze stanowiska bakteryologicznego; przy mleku krowiem zaś, należy dbać o stan zdrowia krów, szczególnie ze względu na gruźlicę, o rodzaj paszy i o przygotowanie mleka, zwracając baczną uwagę na czystość, oględziny bydła przez weterynarza i na chładzanie mleka. Obecnie dla otrzymania czystego mleka poddajemy je pasteuryzacyi (t. j. gotowaniu przez dłuższy czas w ciepłocie 70° C.,) przez co drobnoustroje chorobotwórcze ulegają zniszczeniu, a smak mleka i białko nie ulegają zmianie, lub wyjałowieniu (t. j. gotowaniu w wyższej ciepłocie) dla zniszczenia bakteryj gnilnych, *b. coli* i *proteus*. Co do metod karmienia osesków ogromna panuje niezgoda: gdy bowiem jedni używają mleka rozcieńczonego, inni podają czyste, nierozcieńczone, kierując się nieszkodliwością sernika, który ma zastępować tłuszcz i węglowodany mleka kobiecego; inni znowu kładą nacisk na szkodliwe objawy zakażenia krwi przez wrzekomo strawiony sernik, lub przez tłuszcz, a ten ostatni chcą zastąpić węglowodanami (Malton), zamiast cukru mlekowego. Podczas gdy jedni podają tę samą mięszankę przez cały czas karmienia, inni stopniowo dochodzą do czystego mleka. Ilość pokarmu i potrzeba pokarmu ulegają znacznym zmianom, zależnie od osobnika.

Po omówieniu żywienia dorosłych, szczególnie dorosłych chorych, wskazuje B. na doniosłość utworzenia stacyi doświadczalnej dla systematycznego badania sposobów żywienia i omawia obszernie sposób urządzenia podobnych stacyj, jako też wartość ich dla nauki, państwa i dla ludzkości.

W rozprawie Ranke i inni przychylni są utworzeniu podobnego zakładu, nie uważają jednak chwili obecnej za stósowną ze względów materyalnych.

Stoss (z Berna) widział tylko dwa przypadki choroby Barlowa po podawaniu mleka Gärtnerowskiego; po podawaniu mleka wyjałowionego choroby tej nie widział. Zwraca uwagę na doniosłość rodzaju paszy.

Camerer (z Urach) proponuje na razie utworzenie jednej stacyi w Berlinie, z oddaniem jej w łączne kierownictwo dzielnego chemika, bakteryologa, patologa i pedyatry. Escherich, mimo wielokrotnych badań, tylko raz widział po mleku Gärtnerowskiem chorobę Barlowa i sądzi, że w przypadkach Stossa mleko Gärtnera nie było powodem choroby Barlowa.

XV. Comby (z Paryża): *Kamica nerkowa u osesków.* C. miał sposobność w przeciągu 2 lat widzieć 48 przypadków kamicy

*) Sprawozdawca nie może ominąć sposobności, by nie zwrócić uwagi, na jakie trudności u nas prace tego rodzaju napotykają, gdyż już od lat 3 upomina się o wykonanie podobnej statystyki dla szkół. Niestety bez skutku. *Przypisek sprawozdawcy.*

nerkowej u osesków i zwraca uwagę na częstość tej choroby, jeżeli się dokładniej bada przypadki na stole sekcyjnym. Najczęściej zdarza się u dzieci wyniszczonych, a nie występuje u dzieci dobrze odżywionych, karmionych przez matkę, lub dobrą mamkę. Nie jest to choroba dziedziczna, lecz nabyta, a powstaje przez strącenie się kwasu moczowego pod postacią moczanu sodowego lub amonowego. Kamyki te są zaokrąglone lub nieregularne, twarde i mogą spowodować zatkanie moczowodu, następowo puchlinę nerkową (*hydronephrosis*) lub kolkę nerkowę. W dalszym rozwoju mogą się kamyczki dostać do pęcherza moczowego, uledz powiększeniu i spowodować zaburzenia, wywoływane przez kamienie pęcherza. Zazwyczaj rozpoznanie cierpienia robi się na stole sekcyjnym, gdyż symptomatologia cierpienia z powodu młodego wieku pacyentów jest ciemna. Rokowanie jest wątpliwe; jeżeli pacyenci przetrzymają napady, cierpienie to później znowu się odnawia i według C. w wielu przypadkach kamicy nerkowej lub pęcherza można cierpienie odnieść do pierwszego roku życia. Zapobieganie polega na dobrem karmieniu osesków i podawaniu odpowiedniej ilości mleka dla przepłókania tkanek nerkowych i rozcieńczenia moczu.

Rozprawy, podobnie jak wykład sam odbywały się wyjątkowo dla odznaczenia dzielnego pedyatry w języku francuskim i tak: Ranko (z Monachium) sądzi, że tworzenie się kamieni jest w związku z zawałem (infarktem) moczanowym noworodków. Heubner zapytuje prelegenta o wiek dzieci, dotkniętych kamicą i jaki materyał one stanowią, na co Comby odpowiada, że były to dzieci z polikliniki, w wieku 2, 3, 6 i 9 miesięcy. Finkelstein (z Berlina) również często widział kamyki w miedniczkach nerkowych; nie mają one jednak nic wspólnego z zawałem moczanowym, powstają one przez rozkład tkanek (n. p. w przebiegu ostrych chorób jelit) w tych przypadkach, w których wydzielanie kwasu moczowego jest wzmożone. Soltmann (z Lipska) nie tak rzadko widział cierpienie po obfitej utracie soków. Meinort (z Drezna) sądzi, że kamyczki w moczu znajduje się przy znacznem jego zagęszczeniu. Fischl (z Pragi) odnosi powstawanie kamieni do sztucznego karmienia, wyjaławianie mleka, sole itp. przyczyniają się jednak do szybszego wytworzenia tychże. (C. d. n.).

IX. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

VII.

Ustawa z dnia 23 grudnia 1874, od nazwiska wnioskodawcy nazwana *„Loi Roussel"*, wkłada na państwo obowiązek wyjątkowo troskliwego czuwania nad wiekiem dziecięcym. W departamencie Sekwany, w którego obrębie leży Paryż, jest ona najlepiej wykonywana. — Oto obraz stosunków, panujących pod tym względem: W biórach *Assistance publique* istnieje osobny oddział pod nazwą *„Service des enfants assistés"*, a zakres jego działania jest nadzwyczaj obszerny. — Dzieci znalezione (podrzutki), dzieci nieślubne, urodzone najczęściej w szpitalu, których matki, zmuszone pracować na życie, nie mają czasu się nimi zajmować, dzieci rodziców ubogich, dzieci rodziców obłożnie chorych, pozostających w więzieniu, dzieci rodziców, niemoralnie się prowadzących, wreszcie dzieci, moralnie zaniedbane, dostają się z największą łatwością, bez poprzednich kłopotliwych formalności pod opiekę *Assistance publique*, która wówczas bierze na swój koszt utrzymanie i wychowanie ich aż do pełnoletności (21 lat). —

Zakładem, pozostającym w styczności z pomienionym oddziałem *„Assistance publique"*, wykonawcą w praktyce ustawy jest *„Hospice des enfants assistés" (74 Rue Denfert Rochęreau).* Zakład ten powołany został do życia podobno przez św. Wincentego à Paulo i był pierwotnie domem podrzutków w ścisłem tego słowa znaczeniu. Obecnie mieści on w sobie szpital dziecięcy i jest miejscem czasowego pobytu dla dzieci, pozostających pod opieką *Assistance publique*, a zarząd tego zakładu zajmuje się odpowiedniem ich rozmieszczaniem. Blisko 800 łóżek pozostaje w tym celu do rozporządzenia, a pawilony szpitalne, oddzielone od mieszkań dzieci zdrowych i prócz tego zupełnie odosobniony oddział dla chorób zakaźnych ułatwiają należyty rozdział napływającego bezprzestannie materyału (czasem 50 i więcej dzieci dziennie). — Co do urządzenia wewnętrznego zakładu, to tylko to można zarzucić, że mimo jego olbrzymich rozmiarów, jeszcze mało miejsca.

Zakład przyjmuje bez żadnych zastrzeżeń wszystkie nowonarodzone dzieci, przesłane mu przez zarządy szpitalne. Dziecko takie dostaje naszyjnik z paciorków z marką metalową, na której wymienione są data przyjęcia i numer porządkowy według ksiąg, w tym celu prowadzonych nadzwyczaj skrupulatnie. — Naszyjnika takiego pod surową karą nie wolno nikomu zerwać przed szóstym rokiem życia dziecka; a odbywa się to wówczas w obecności osobnej komisyi. — Dzieci chore zatrzymuje zarząd na odpowiednim oddziale szpitalnym, zdrowe w jak najkrótszym możliwie czasie (1 do 2 dni) oddaje na wychowanie na prowincyę kobietom, obowiązanym w tym celu wykazać się świadectwem moralności, a, o ile chodzi o oseski, także świadectwem lekarskiem, stwierdzającem, że są uzdolnione do karmienia. Kobiety takie otrzymują w pierwszym roku życia dziecka 25 fr., w drugim 20 fr., w trzecim 15 fr, a od czwartego do dwunastego 10 fr. miesięcznego wynagrodzenia i ubranie dla wychowanka lub pieniądze na nie. — W bliższych, a nawet dalszych okolicach Paryża jest ten sposób zarobkowania tak powszechnie znany, że nigdy nie brak karmicielek, które, czy to po stracie własnego dziecka, czy też po odkarmieniu go, zgłaszają się do zakładu po cudze i wcale nie rzadko zdarza się, że je następnie adoptują. Do dwunastego roku życia włącznie dziecko pozostaje u swej karmicielki, która jest obowiązana posyłać je do szkoły.

Ze strony *Assistance publique* osobni lekarze czuwają nad zdrowiem dzieci i chore, odpowiednio do swego uznania, albo zostawiają u opiekunki, lecząc je sami, albo odsyłają do zakładu do Paryża. Prócz lekarzy t. zw. *agents de surveillance* i inspektorzy czuwają nad wychowaniem dzieci i opiekunkom, wywiązującym się należycie z swego zadania rozdzielają nagrody pieniężne, a opieszałe karzą, wstrzymując miesięczny zasiłek lub dzieci im bezpowrotnie odbierając. Po skończonym 12-tym roku życia dziecko albo pozostaje u swych dotychczasowych opiekunów, szczególniej na wsi i przyucza się (najczęściej dziewczęta) pracy przy gospodarstwie rolnem, albo uczy się rzemiosła swego opiekuna, lub wreszcie dostaje się na naukę rzemiosła do większego miasta. Imieniem *Assistance publique* działają w takich razach przy wyborze zawodu i zawarciu odpowiednich umów *agents de surveillance.*

Z matkami, pragnącemi oddać swe dziecko do przytułku, zarząd przeprowadza układy i jeśli jedynie ubóstwo skłania je do tego kroku, podejmuje się płacić im za utrzymanie dziecka tak, jak obcym, a więc przez pierwszy rok życia dziecka 300 fr. W przeciwnym razie przyjmuje dziecko i postępuje z niem w podobny sposób, jak z podrzutkami. Dziećmi rodziców chorych, lub odsiadujących więzienie, zajmuje się również zarząd zakładu, nie wysyła ich jednak na wieś, lecz przez ten przeciąg czasu pomieszcza u siebie. Są to tak zwane *les enfants en dépôt.* Rodzicom, prowadzącym się niemoralnie, mają władze prawo każdej chwili zabrać dzieci i oddać je również zakładowi do rozporządzenia. Dzieci moralnie zaniedbane, poniżej wieku pełnej odpowiedzialności wobec kodeksu karnego, które zostały przytrzymane przez władze za włóczęgostwo, kradzież i t. p., przyjmuje zarząd zakładu na kilkutygodniową obserwacyę, a następnie, odpowiednio do ich wieku i zdolności, umieszcza bądź to na wsi, bądź też w mieście w pracowniach rzemieślniczych, lub w reszcie w jednej z licznych szkół zawodowych, pozostając ich pod nadzorem i na żołdzie *Assistance publique.*

Aby dać w przybliżeniu obraz, w jakich rozmiarach *Assistance publique* wykonuje opiekę nad dziećmi opuszczonemi, pozwalam sobie na zakończenie podać kilka dat statystycznych. Liczba dzieci przyjmowanych z każdym ro iem

wzrasta i tak przez rok 1876 przyjęto ich 2200, w 1886 — 3257, a w roku 1896 — 4578. Na rok 1876 z lat dawniejszych pozostawało pod opieką *Ass. publ.* 26.508 dzieci; z tych 20.327 z powodu pełnoletności usunęło się z pod opieki, 2813 zmarło, 3368 oddano rodzicom, wydano za mąż i t. d. — W okresie czasu 1876—1896 zapisanych i zostających pod opieką *Ass. publ.* było 73.238 dzieci, z tych 39.270 pozostało na rok 1897; zmarło 19.002, usunęło się z pod opieki z różnych innych przyczyn 14.966. Odpowiednio do wzrostu liczby wychowanków wzrastają i wydatki: kiedy w 1876 roku wydano przeszło 5,000.000 fr., to w roku 1897 wydano 11 milionów, a w roku 1899 wydatki dojdą zapewne do 12 milionów franków.

W wydatkach na podobne cele odnośne władze nie spotykają się tu z ograniczeniami, a mając swobodę działania często nawet grzeszą rozrzutnością.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Przeciw szerzeniu się tęgoryjca (*Anchylostomiasis*) między robotnikami górniczymi wydało węgierskie namiestnictwo spraw wewnętrz. następujące zarządzenia: 1. Górnicy w kopalniach mają oddawać kał tylko do szczelnych kubłów, ustawionych w pewnych oznaczonych miejscach. Kubły te należy codzień po odkażeniu mlekiem wapiennem lub rozcieńczonym kwasem siarkowym wydalić z kopalni i dopiero po za kopalnią wypróżniać na oznaczonem miejscu. 2. Wody ściekowe (Schmutzwässer) kopalń powinny być wyprowadzane; tworzeniu się podziemnych sadzawek należy zapobiegać. 3. Miejsca, stanowiące według doświadczenia dobre podłoże do rozwijania się pasorzyta, jak oślizłe poręcze, belki i t. p., należy często odkażać mlekiem wapiennem. 4. Po odpowiedniem pouczeniu należy górnikom najsurowiej pod grzywną zakazać spożywania pokarmów w kopalni i dopilnować, by żadnych pokarmów do kopalń nie przynoszono. Również należy surowo zabronić używania za napój wód kopalnianych: natomiast należy im dostarczyć w czystych naczyniach dobrej wody do picia z po za kopalni. 5. Przed opuszczeniem kopalni, szczególniej zaś przed posiłkiem po wyjściu z kopalni, mają górnicy umyć sobie dokładnie ręce i twarz. Odpowiednie urządzenia do mycia należy zaprowadzić. 6. Kopalnie należy doskonale przewietrzać. Lekarze kopalniani mają doglądać ścisłego wykonania tych przepisów. Winni oni dalej prowadzić osobny dokładny spis robotników, dotkniętych tą chorobą, i nawet po wyleczeniu poddawać ich peryodycznemu badaniu. W tym celu winni mieć mikroskopy i znać dokładnie sposoby badania. 8. Leczenie chorych powinno odbywać się w szpitalach. Tylko zupełnie wyleczonym wolno powracać do pracy w kopalni. 9. Nowo przyjęci robotnicy winni być przed dopuszczeniem do pracy w kopalni zbadani, czy nie cierpią na tęgoryjca.

Zarządzenia te mają być podane do wiadomości i ścisłego wykonania zarządom kopalni. Równocześnie poleca się lekarzom, leczącym robotników w cegielniach, by poddawali ich peryodycznym badaniom na tęgoryjca (*Öster. Sanitätswesen Nr. 46*).

Odwołując się na uwagi Prof. Gluzińskiego w Nrze 28 i nasze w Nrze 30. „*Przegl. Lek.*", wyrażamy zdanie, że czas już najwyższy, by i u nas podobne zarządzenia wydano. Odnosić one się jednak winny oprócz do robotników kopalnianych, cegelnianych i t. p. także szczególnie do naszych wychodźców, powracających z Brazylii lub kopalń europejskich, których lekarze urzędowi (najlepiej okręgowi) badać winni zaraz po powrocie. Inaczej stać się bardzo łatwo może, że przy znanem niechlujstwie naszego ludu wychodźcy ci stać się mogą rozsadnikami tej choroby u nas. *Dr. J. Gwiazdomorski.*

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

Dział drugi.

D. Sekcya medycyny wewnętrznej.

Prezes: Potain.

Zastępcy prezesa: Dieulafoy i Grasset.

Sekretarze: Rendu (*Paris, r. de l'Université, 28*) i Widal (*Paris, b^d Haussmann, 55*).

Referaty: 1) Patogeneza dny. Referenci: Legendre (*Paryż*), Ebstein (*Göttingen*); Dyce Duckworth (*Londyn*), i Kolisch (*Wiedeń*).

2) Niewydolność nerek. Referenci: Achard (*Paryż*), Lache (*Chrystyania*), Pawlinow (*Moskwa*).

3) Zapalenie jelit śluzowo-błoniaste. Referenci: Boas (*Berlin*), Mathieu (*Paryż*), Mannaberg (*Wiedeń*).

4) Ostry obrzęk płuc. Referenci: Basch (*Wiedeń*), Masius (*Lüttich*), Sirotinin (*Moskwa*), Tessier (*Paryż*).

5) Wrzód żołądka. Referenci: Bozzolo (*Turyn*), Dieulafoy (*Paryż*).

E. Sekcya chorób dziecięcych.

Prezes honorowy: Bergeron.

Prezes: Grancher.

Sekretarz: Marfan (*Paris, r. de la Boëtie, 30*).

Referaty: O sztucznem żywieniu osesków, w szczególności mlekiem wyjałowionem.

Referenci: Jacobi (*New-York*), Johannessen (*Chrystyania*), Heubner (*Berlin*), Monti (*Wiedeń*), Variot (*Paryż*).

2) Zakażenia i zatrucia żołądkowo-jelitowe u dzieci. Referenci: Epstein (*Praga*), Escherich (*Graz*), Bagiński (*Berlin*), Fede (*Neapol*), Martinez Vargas (*Barcelona*), Marfan (*Paryż*).

3) Gruźlica wieku dziecięcego. Referenci: d'Espine (*Genewa*), Hutinel (*Paryż*), Richardiere (*Paryż*), Moussous (*Bordeaux*).

3) Zapalenie opon mózgowych ostre, a gruźlicze. Referenci: Mya (*Florencya*), Concetti (*Rzym*), Netter (*Paryż*), Rauchfuss (*Petersburg*).

Zarząd Sekcyi pedyatrycznej ma jeszcze na uwadze następujące tematy: Surowicze leczenie błonicy; gościec w wieku dziecięcym, jego stosunek do powikłań sercowych i do pląsawicy; zatrucie wyskokowe u dzieci; zaparcie stolca; choroby grasicy.

F. Sekcya terapii i farmakologii.

a) Terapia.

Zastępca prezesa: Bucquoy.

Sekretarz: Gilbert (*Paris, r. de Rome, 27*).

Referaty: 1) Leczenie kamieni żółciowych. Referenci: Naunyn (*Strasburg*), Gilbert (*Paryż*), Fournier (*Paryż*).

2) Wskazania i przeciwwskazania do upustu krwi. Referenci: Bagiński (*Berlin*), Hayem (*Paryż*).

3) Czy należy leczyć gorączkę? Referenci: Stokvis (*Amsterdam*), Lépine (*Lugdun*).

4) Zastosowanie lecznicze wstrzykiwań rozczynów soli. Referent: Landouzy (*Paryż*).

b) Farmakologia.

Zastępca prezesa: Pouchet.

Sekretarz: Chassevant (*Paris, r. Gay-Lussac, 32*).

Referaty: 1) Jednoczesne podawanie licznych leków, dodatnie i ujemne jego strony. Referenci (?)

2) Fizyologiczne i lecznicze działanie naparstnicy i jej alkaloidów. Referenci: Lauder-Brunton (*Londyn*). Grocco (*Florencya*).

3) Fizyologiczne i lecznicze działanie leków moczopędnych. Referenci: Czerinow (*Moskwa*), Renaut (*Lugdun*).

c) Farmacya.

Zastępca przewodniczącego: Planchon.

Sekretarz: Chassevant (*Paryż, r. Gay-Lussac; 32*).

Referaty: 1) Porównanie leczniczego działania roślinnych środków leczniczych i im odpowiednich pierwiastków działających. Referent (?).

2) Obecny stan wiedzy o skutecznych składnikach naparstnicy. Referent: van Aubel (*Lüttich*).

3) Obecny stan wiedzy o alkaloidach psianek trujących (solanacae). Referent: Thoms (*Berlin*).

4) O zmianach, zachodzących w lekach pod wpływem utlenienia. Referent: Bourquelot (*Paryż*). (D. c. n.),

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30 listopada.

Otrzymujemy następującą notatkę, z prośbą o umieszczenie w łamach Przeglądu Lekarskiego:

»W zeszłym tygodniu odbyło się poufne zebranie kilkunastu lekarzy krakowskich, celem naradzenia się nad organizacyą stanu lekarskiego, zmierzającą do poprawy bytu tak pod względem materyalnym jak i moralnym. Po wyczerpującej dyskusyi zgodzono się jednomyślnie, że kwestya ta jest bardzo na czasie, i wybrano komisyę z 3 członków złożoną, która ma do Nowego Roku opracować szczegółowy plan takiej organizacyi, któraby objęła wszystkich kolegów galicyjskich. Komisya ta bezzwłocznie zabrała się do pracy i uzupełniwszy się trzema jeszcze kolegami, w myśl udzielonego jej prawa kooptacyi, odniosła się listownie do lekarzy wiedeńskich z prośbą o przysłanie do rozpatrzenia statutu powstającej tamże organizacyi. Prócz tego rozpatruje się komisya także w statutach innych stowarzyszeń, mających na celu samopomoc i samoobronę«.

(P.) Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza, odbytem w dniu 7 listopada b. r. pod przewodnictwem Dyrektora —

1) Dr. Krzyształowicz przedstawił kilka przypadków liszaja żrącego, leczonych sposobem Unny.

2) Dr. Supiński i Dr. Brand przedstawili kilka uwagi godnych przypadków zranień jamy brzusznej.

3) Dr. Englânder przedstawił chorą, operowaną w oddziele chirurgicznym skutkiem ciąży zamacicznej.

— Kol. Dr. Karol Kaczkowski ofiarował Bibliotece Towarzystwa lekarskiego krak. zbiór rozpraw, odnoszących się do sprawy kamieni pęcherzowych, oraz cenne dzieła lekarskie. Za dar ten, złożony z 40 broszur i kilkunastu tomów dzieł, składam ofiarodawcy najgorętsze podziękowanie.

Przy sposobności niech mi wolno będzie wyrazić nadzieję, że za przykładem zechcą pójść inni koledzy, składając Bibliotece zużytkowane już przez siebie piśmiennictwo opracowywanych zagadnień.

Doc. Dr. Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Dr. Henryk Boral, b. lekarz kliniki prof. Nothnagla, osiadł w zimowej stacyi klimatycznej Gardone Riviera nad jeziorem Garda we Włoszech, gdzie, jako lekarz zdrojowy, wykonuje praktykę zawodową.

* Egzamin fizykacki złożyli w Krakowie następujący doktorowie wszechnauk lekarskich: Marek Feldman, Stanisław Jankowski, Andrzej Kondratowicz, Tomasz Piotrowski, Ferdynand Stankiewicz i Maryan Udziela.

* W Wiedniu odbyło się d. 7 listopada posiedzenie Towarzystwa chemiczno-fizycznego, na którem drowie: Meyer i Schweidler demonstrowali nowy pierwiastek — *radium*, który wydaje analogiczne z röntgenowskimi promienie i czyni powietrze dobrym przewodnikiem elektryczności. Połączenia *radium* z chlorkiem borowym (*Gieselsche Präparate*) fosforyzują jak robaczki świętojańskie.

* Organizacya wiedeńskich lekarzy dla samoobrony ściągnęła już gniew i groźby strony przeciwnej, która w swych czasopismach zapowiada, że nie tylko żaden postulat lekarzy nie będzie uwzględniony przez Kasy chorych, lecz że zarząd tych instytucyj pozbędzie się lekarzy własnych, a zawrze stały stosunek z lekarzami szpitalnymi i szpitalami. Wszystko to dobrze, ale co pocznie zarząd, gdy i lekarze szpitalni należeć będą do związku organizacyjnego, jak to oczekiwać należy? Socyalizm stanął na organizacyi i ma dla niej bałwochwalcze uwielbienie gdy idzie o robotników, a zmienia zasady, gdy tej samej taktyki chwyci się inna warstwa społeczna.

* W Berlinie, pod przewodnictwem Flüggego, odbyła się konferencya lekarska przeciwdżumowa. Część naukowa rozpraw nie przyniosła nic nowego, lecz zreasumowano to wszystko, co jest już wiadomo o dżumie pod każdym względem. Powzięto następujące rezolucye: 1) Pożądanem jest założenie instytutów dla wyrabiania ochronnej szczepionki przeciwdżumowej, oraz dla wyrabiania surowicy, w celu badania hodowli dżumowych zapomocą aglutynacyi; 2) należy utworzyć instytut dla wyrabiania leczniczej surowicy przeciwdżumowej.

* Instytut optyczny Reicherta w Wiedniu wykończył mikroskop, który nosi numer dwudziestotysięczny. Reichert ofiarował go Towarzystwu lekarskiemu wiedeńskiemu.

* Rozpoznanie wścieklizny na stole anatomicznym, jak wiadomo, nie jest łatwe. Dr. Proust potwierdził tę trudność, przytaczając następujący przypadek: w St. Denis pies pokąsał przechodnia; weterynarz wydał świadectwo na podstawie sekcyi, że zabity pies nie był wściekły, a jednak po 4 tygodniach pokąsany zapadł na wściekliznę, z której po kilku dniach umarł, sekcya zaś potwierdziła wściekliznę. Ztąd wniosek, że jeśli sekcya kąsającego zwierzęcia da wynik ujemny, to na tem nie należy bezwzględnie polegać, lecz bezpieczniej jest dać się zaszczepić na wszelki wypadek przeciw wodowstrętowi.

* Na jednem z ostatnich posiedzeń Towarz. higien. w Paryżu opowiedział Dr. Proust o zdarzeniu, świadczącem o wielkiej sile zaraźliwości wścieklizny. Pewien chłopak został napadnięty przez psa domowego; broniąc się, wpakował mu rękę do paszczy; ręka zranioną nie była, lecz została pokrytą warstwą śliny; w tymże czasie chłopakowi temu wpadł węgiel do oka, który on usiłował usunąć tą samą ręką zanieczyszczoną śliną. Po dwóch tygodniach chłopak ten zachorował i umarł, a sekcya stwierdziła wściekliznę. Oko również było badane w Instytucie Pasteura, tu również stwierdzono wściekliznę. Jeśli w istocie ręka w tym przypadku nie była pokaleczoną, to należałoby przypuścić, sądzi Proust, że tu wystarczyło same zetknięcie jadu ze spojówką, ażeby zakazić ustrój wścieklizną.

* Wiosną 1900 roku odbędzie się w Neapolu międzynarodowy Kongres dla zwalczania gruźlicy pod protektoratem królowej Małgorzaty. Jednocześnie odbedzie się wystawa higieniczna.

* Międzynarodowy Kongres dla hipnotyzmu odbędzie się od 12 do 16 sierpnia p. r. w Paryżu, pod przewodnictwem Voisina.

Mianowania i odznaczenia. Doc. A. Biedl mianowany został prof. nadzw. patologii doświadczalnej. Doc. N. Ortner — prof. nadzw. chorób wewnętrznych; Doc. Wertheim — prof. nadzw. położnictwa i Doc. J. v. Metnitz — prof. nadzw. dentystyki — wszyscy w Wiedniu. Doc. K. Ebner mian. został nadzw. prof. chirurgii w Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Prof. Birch-Hirschfeld zmarł w Lipsku. Dr. Feliks Zaleski, rodem z Mińska, sybirak, zmarł w Tuckum (Kurlandya) w 73 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Zdrowiu*, zeszyt 170: Artykuł wstępny w sprawie szczepienia przeciw ospie. Prof. Skworcowa: Teorya dynamiczna i zastósowanie jej do życia i zdrowia. Dra Polaka: Szpitalnictwo warszawskie (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr 47: Dra Piltza J.: O wpływie wyobraźni na odruch źrenicowy u ociemniałych. Prof. Prusa J.: O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowanego i wzgórka wzrokowego (dok.). Górnickiego M.: Przyczynek do odżywiania tyfusowych (c. d.). W *Kronice lekarskiej*, Z. 22: Hornowskiego J.: Przyczynek do badań na chemotaksą białych ciałek. W *Medycynie* Nr. 47: Dra. Ołtuszewskiego W.: Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (dok.). Wesołowskiego W.: Przyczynek do anatomii patologicznej *Xerodermatis pigmentosi.* (c. d.). Dra Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 6 grudnia, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. doc. Baurowicz okaże „tubusy“ Baera i nożyki pierścieniowe Beckmanna do 3 go migdałka; 2) kol. doc. Ciechanowski okaże i omówi preparat anatomo-patologiczny.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.